

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

498

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

François RENAN

Né le 2 février 1893, à Pleudaniel (C.d.N.)

LE

Syndrome d'occlusion intestinale

DANS SES RAPPORTS

avec la gestation, le travail et les suites
de couches

Président : M. E. COUVELAIRE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1921

498

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

891



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

François RENAN

Né le 2 février 1893, à Pleudaniel (C.d.N.)

LE

Syndrome d'occlusion intestinale

DANS SES RAPPORTS

**avec la gestation, le travail et les suites
de couches**



Président : M. E. COUVELAIRE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSSEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEL BET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBÉ HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES PARENTS ET AMIS

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS
ET DE MES CAMARADES
MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A MES MAITRES DES FACULTÉS LIBRES
DE LILLE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur COUVELAIRE

*En reconnaissance de l'honneur
qu'il nous fait en acceptant la pré-
sidence de notre thèse.*

AVANT-PROPOS

C'est à l'occasion d'un cours spécial établi à la clinique Baudelocque par M. le Professeur Couvelaire que nous avons eu l'occasion de voir au pavillon d'isolement une femme qui avait présenté des phénomènes d'occlusion intestinale après un accouchement par application de forceps.

M. le Professeur agrégé Lévy-Solal qui s'est intéressé particulièrement à cette question de l'occlusion intestinale au cours de la puerpéralité nous a donné l'idée d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Nous nous sommes inspiré des idées et de l'enseignement de notre Maître et particulièrement de la conférence qu'il fit sur cette question le 29 mai dans la série des conférences du dimanche, instituées à la Clinique Baudelocque pour le perfectionnement des médecins. Il nous a été permis de consulter à ce propos les documents de la Clinique Baudelocque qui ont été recueillis avec un soin jaloux pendant de longues années par M. le Professeur Pinard d'abord, par M. le Professeur Couvelaire ensuite ; et qui ont été pour nous une source remarquable de renseignements et d'enseignements.

Nous remercions tout spécialement M. le Dr Hidden, moniteur à la Clinique Baudelocque, qui nous a guidé dans l'élaboration de ce travail, et dont les conseils nous ont été précieux.

Le Syndrome d'occlusion intestinale

DANS SES RAPPORTS

avec la gestation, le travail et les suites
de couches

HISTORIQUE

Le premier travail d'ensemble sur la question de l'occlusion intestinale pendant la puerpéralité est dû à Meyer en 1898. Aux seize observations éparses dans la littérature médicale, il ajoute trois nouveaux cas.

L'attention est alors attirée sur cette complication de la grossesse, qui apparaît, moins rare, qu'on était tenté de le croire. Vergez en décembre 1901 en fait le sujet de sa thèse inaugurale. Macé décrit trois autres cas de « stercorémie pendant la puerpéralité » dans les *Annales de la société obstétricale de France*. L'année suivante, en mai 1902, Daniel fait paraître dans la *revue d'Obstétrique et de Pédiatrie* une « étude clinique des occlusions intestinales pendant la puerpéralité ». Le Professeur Pinard expose la question

dans les comptes rendus de la société d'obstétrique de gynécologie et de pédiatrie.

Puis la thèse de Gauchery en décembre 1902 étudie et classe les occlusions qu'il dénomme « gravidiques, paragravidiques et extra-gravidiques » suivant leurs rapports plus ou moins directs avec l'état puerpéral. Les publications sur la question se poursuivent dans les comptes-rendus des sociétés médicales. Un nouveau travail d'ensemble est réalisé par la thèse de Lemer cier en juin 1908.

M. Couvelaire dans un rapport à la société obstétricale de France en 1905 sur le traitement chirurgical des hémorragies rétro-placentaires expose le cas d'une III pare chez laquelle une opération de Porro fut suivie au bout de 4 jours d'un syndrome d'occlusion paralytique.

En 1913 le mécanisme de cette complication de la gravidité est étudié par De Bovis dans un article de *de ta semaine médicale de Paris*. Ici apparaissent aussi dans le classement 3 groupes d'occlusions selon que le rôle de la gestation est secondaire, plus nettement apparent ou de premier plan dans l'apparition du syndrome.

La même année la clinique s'enrichit de multiples observations dues particulièrement à Lévy-Klotz, Cunéo et Pinard, à Sauvage, à Lepage et Pinard. La thérapeutique de l'affection fait l'objet de discussions à la Société d'Obstétrique avec Lejars et Pinard, avec Sauvage en 1913, avec Planchu en 1916. A la Société de Chirurgie le traitement du syndrome, en

général, indépendamment de l'état puerpéral est étudié par MM. Okinczyc, Lardennois, Quénu, Dujarier et Tuffier.

A l'étranger : Van der Hœven (de Leyde) en 1913 établit une statistique de 94 cas d'ileus gravidé.

En Amérique Flower en 1912 dans le *New-York medical journal*, Pinkham en 1915, Mazzini en 1916, dans la *Semana medica* de Buenos-Ayres, Bolo en 1918 dans le même périodique relatent aussi des observations d'occlusion dans l'état puerpéral. En Angleterre citons les relations de Ken dans le *Glasgow obstetric et gynecologic Society* et Flower dans le *Gay's hospital Gazette de Londres*.

ÉTIOLOGIE

L'occlusion intestinale est une complication rare de la puerpéralité. Les chiffres cités par les auteurs sont assez variables. Le premier travail d'ensemble publié par Meyer en 1899 ne donne que deux cas sur 50.000 accouchements survenus à la maternité de Copenhague et l'ensemble des observations qu'il a recueillies de tous côtés comprend 16 cas.

Nous avons eu l'avantage de consulter le magnifique ensemble des observations de femmes accouchées à la clinique Baudelocque. Nous voyons ainsi sur un ensemble de vingt années, commençant en 1900, c'est-à-dire à l'époque où finit la statistique de Meyer, citée ci-dessus, que les cas observés deviennent un peu plus fréquents. Nous avons trouvé 5 cas de 1900 à 1910 compris, 7 autres cas de 1911 à 1920 compris, soit donc 12 cas dans l'intervalle de vingt années représentant un total de 39.638 accouchements.

Des auteurs comme Lemer cier expliquent le chiffre en disant que l'affection est actuellement mieux étudiée et qu'on laisse passer moins de cas inaperçus. Nous croyons surtout que l'on n'a étudié jusqu'à

présent que les cas graves soit parce qu'ils ont nécessité une intervention, soit parce qu'ils se sont terminés par la mort, mais qu'il existe sans doute une autre série de cas bénins qui cèdent rapidement à un traitement symptomatique ou même qui n'attirent pas l'attention, et où il y a peu d'éléments de diagnostic. Néanmoins, il faut conclure que l'occlusion intestinale est une complication rare de la puerpéralité.

Parité. — Sur 59 cas où la parité est mentionnée, nous trouvons :

23 Primipares

36 multipares : 5 II-pares

6 III-pares

3 IV-pares

6 V-pares

2 IX-pares

1 X-pare

2 XI-pare

1 XII-pare

1 XIII-pare

3 à multiparité indéterminée.

Age de la femme. — Nous n'avons pas toujours pu savoir l'âge de la femme. Dans les cas où ce chiffre a été précisé, nous avons trouvé :

I-pares : 21, 22, 25, 26, 30, 30, 30, 34, 35, 36, 37, 38 ans.

II-pares : 29, 32 ans.

III-pares : 32, 34 ans.

IV-pares : 32, 29 ans.

V-pares : 35, 31, 34 ans.

Multipares à parité indéterminée : 20, 30, 35 ans.

GESTATION

Age de gestation. — M. Gauchery trouve un maximum vers le milieu de la gestation et un autre maximum à la fin et explique ces deux maxima par des considérations anatomiques et physiologiques. Nous avons trouvé au contraire que la progression est presque régulièrement ascendante du début à la fin de la gestation, mais à vrai dire très faiblement ascendante. Les chiffres sont sensiblement les mêmes du cinquième au huitième mois et n'augmentent notablement qu'au dernier mois. Ainsi nous trouvons sur 64 cas d'occlusion survenue, pendant la gestation et dans lesquels l'époque de l'occlusion est mentionnée :

Au cours du 1 ^{er} mois.....	1
— 2 ^e mois.....	2
— 3 ^e mois.....	5
— 4 ^e mois.....	8
— 5 ^e mois.....	8
— 6 ^e mois.....	9
— 7 ^e mois.....	8
— 8 ^e mois.....	8
— 9 ^e mois.....	15

Travail. — Nous avons trouvé que 3 cas qui soient survenus au cours du travail.

Suites de couches. -- Nous avons pu recueillir 15 cas pendant la période des suites de couches dont 12 après accouchement à terme, et 3 consécutifs à l'avortement.

Post-opératoires. — Nous avons distingué 9 cas consécutifs à une intervention d'ordre obstétrical pouvant se répartir comme il suit :

2 après opération césarienne dont une suivie d'hystérectomie ;

4 après opération de Porro précédée ou non de césarienne ;

1 après laparotomie pour gestation ectopique.

1 après myomectomie pour fibrome.

1 après symphyséotomie.

MÉCANISME ET DIAGNOSTIC

L'ensemble des causes à envisager nous ont permis en groupant 85 cas d'occlusion, d'établir la fréquence suivante :

Anciennes brides pathologiques.....	32 cas
Ileus paralytiques.....	18 cas
Volvulus.....	7 cas
Pincement d'une anse au niveau d'un orifice accidentel.....	5 cas
Invaginations.....	2 cas
Rétroversions.....	5 cas
Grossesses ectopiques.....	10 cas
Tumeurs (fibrome, kyste, rectum).....	4 cas
Inconnues.....	12 cas

Nous avons vu que l'occlusion intestinale peut survenir à toutes les étapes de la puerpéralité.

A. — Au cours de la gestation

L'exposé des causes permet d'envisager deux notions principales :

1° *Les cas où la gestation agit comme cause favorisante*, et où des lésions préexistantes comme des

brides diverses sont la véritable cause. Ces brides se voient avec une fréquence à peu près uniforme à toutes les périodes du deuxième au troisième mois à la fin de la gestation ;

2° *Les cas où la gestation est la cause déterminante de l'occlusion intestinale.* — Ceux-ci nous intéressent davantage et on peut distinguer trois conditions dans lesquelles la gestation peut faire survenir le syndrome :

- a) La rétroversion ;
- b) La gestation ectopique ;
- c) La gestation normale.

a) *Rétroversion de l'utérus gravide*

On observe cet accident au début de la gestation, vers le troisième ou le quatrième mois.

α) *Mécanisme.* — Le mécanisme en est une compression du rectum par l'utérus augmenté de volume et basculé en arrière.

Autrefois on pouvait voir assez fréquemment des incarcérations de l'utérus gravide à la faveur d'adhérences dans le petit bassin. Ces phénomènes sont devenus plus rares depuis que la pratique du toucher au début de la gestation a rendu le diagnostic plus facile et la thérapeutique de réduction plus courante.

β) *Diagnostic.* — La rétroversion réalise le plus souvent le *syndrome d'occlusion progressive* des premiers mois de la gestation.

La constipation, les vomissements, le météorisme

abdominal sont des signes assez fréquemment observés au début d'une gestation.

Leur banalité courante en fait précisément le danger.

La constipation peut être absolue pendant trois jours et plus. Les vomissements peuvent être incessants et ressembler aux vomissements incoercibles. Le météorisme peut être très développé.

Il faudra toujours observer de près la malade, la surveiller et rechercher en cas d'obstruction stercorale, un signe qui doit dissiper l'inquiétude : l'émission des gaz par l'anus.

Toujours aussi on pratiquera le toucher qui fera faire le diagnostic de rétroversion ; et alors on interviendra d'urgence.

Il arrive souvent que chez une femme présentant des crises d'occlusion répétées, qui parfois ont cédé à des purgatifs multipliés, on ne pense qu'à la constipation seule et l'on s'attarde à une thérapeutique inutile.

En 1913, Lejars rapporte une observation d'ileus gravidique, malheureuse dans son dénouement. Il s'agissait d'accidents d'occlusion progressive avec émission de quelques gaz, état peu alarmant du pouls et du facies. La constipation ne céda pas à une thérapeutique appropriée ; le pouls et l'état général devinrent moins bons : c'est alors que l'intervention fut décidée.

Et l'auteur exprime ses regrets d'avoir perdu qua-

rante-huit heures à attendre. La femme mourut d'infection péritonéale.

Dans une observation de Lepage et Pinard, le syndrome d'occlusion progressive se réalise lentement au cours du quatrième mois de la gestation. Les symptômes débutent par la tension et le ballonnement épigastrique en même temps qu'une constipation croissante. On voit pendant plusieurs jours des garde-robes minimales, puis au bout de dix jours se manifeste de la défense musculaire avec arrêt complet des matières et des gaz, suivi de vomissements graves d'abord porracés et finalement fécaloïdes.

b) *Gestation ectopique*

Dans la gestation ectopique, l'occlusion relève de causes complexes :

α) *Mécanisme*. — L'occlusion peut se réaliser progressivement et reconnaître alors une double cause : la compression directe du rectum par le kyste fœtal ; ou bien dans l'hématocèle rétro-utérine se forment des adhérences entre la poche hématique et l'intestin.

L'occlusion peut au contraire se réaliser brusquement : l'épanchement de sang dans le péritoine déterminant une réaction plus ou moins violente de la séreuse avec paralysie du tractus intestinal.

β) *Diagnostic*. — En cas de gestation ectopique rompue, on peut voir se réaliser soudainement :

Le syndrome aigu douloureux de l'occlusion intestinale.

Six semaines ou trois mois après l'arrêt des règles, la femme ressent brusquement une douleur abdominale violente, douleur en coup de poignard, douleur « en miserere ».

Il lui est difficile de la localiser et on pense à une appendicite, à une perforation de la vésicule biliaire, à une colique hépatique, néphrétique ou salpingienne. Le ventre est tendu, tympanisé.

Dans ce chaos tous les diagnostics sont possibles : l'atteinte soudaine, au milieu d'une bonne santé, avec douleur vive persistante, tout éloigne des conditions habituelles de l'occlusion intestinale.

Mais si on laisse quelque peu les phénomènes évoluer, le météorisme peut passer au second plan et l'hypothermie avec état syncopal et pouls filant va dominer la scène et aiguiller vers le diagnostic de crise ectopique.

Ou bien dans les heures qui suivent la douleur peut s'apaiser et l'établissement rapide du syndrome d'occlusion laisse passer inaperçue la gestation ectopique.

Ce qui importe avant tout c'est de faire le diagnostic de la cause par le toucher et les antécédents. L'exploration vaginale fera reconnaître l'hématocèle rétro-utérine, ou le kyste fœtal comprimant l'intestin ; les antécédents permettront d'apprendre s'il y a eu antérieurement des crises semblables.

Dans tous les cas l'intervention à temps empêchera d'évoluer la lésion qui est le véritable obstacle et supprimera la source hémorragique.

c) *Gestation normale*

Les cas d'occlusion considérés comme de cause inconnue et les ileus paralytiques de la gestation doivent rentrer dans le cadre de l'occlusion par grossesse.

α) *Mécanisme*. — M. le professeur agrégé Lévy-Solal a montré que les conditions pathogéniques qui président à leur éclosion sont de trois ordres : anatomiques, biologiques et pathologiques. Nous ne faisons que rapporter textuellement les termes qu'emploie notre maître dans une leçon donnée à la clinique Baudelocque.

1° *Causes anatomiques*. — Normalement l'utérus en se développant vers la cavité abdominale refoule les anses grêles en haut et à gauche.

Il est exceptionnel que par son volume excessif il détermine une compression directe de la masse intestinale. Nous relevons 2 cas de notre statistique où la seule cause invoquée fut la tension extrême de l'utérus due à une gestation double. Telle est, en particulier, l'observation de Dibos où l'on voit un hydramnios aigu de 14 litres chez une gémellaire provoquer l'occlusion intestinale.

Cette éventualité devant être tenue pour très rare, nous pouvons trouver dans d'autres dispositions anatomiques, les raisons physiologiques pouvant réaliser le syndrome de l'occlusion.

Vers le troisième mois de la gestation, l'utérusgra-

vide ascensionné, dépasse la marge du détroit supérieur, et subit à la fois une inclinaison et une torsion peu accentuées qui le placent en latéro-version droite avec dextrotorsion légères. Ce phénomène est purement physiologique et a pour résultat de tendre à gauche le ligament infundibulo-côlique qui réalise une sorte de bride reliant la trompe au côlon. Or, Duval a montré dans sa thèse que le méso-côlon pelvien étant en rapport avec cette bride, l'on a dans la plupart des cas une anse longue avec un méso large qui permet à l'anse de remonter sans que la statique intestinale en soit modifiée.

Mais si l'anse sigmoïde est courte ainsi que le méso, en enjambant le ligament infundibulo-côlique, elle se coudera sur lui, et il se produira à ce niveau une occlusion intestinale.

Or cette bride est de nature physiologique ; et cette notion de pathogénie méritera d'être rappelée au chapitre du traitement.

Ce fait se trouve illustré dans l'ouvrage de M. Couvelaire « De l'introduction à la chirurgie utérine obstétricale ».

C'est ce mécanisme que l'on voit se réaliser dans le cas bien observé par MM. Lévy-Klotz, Cunéo et Pinard. Lorsqu'on lit les observations et les auteurs, on remarque que cette cause semble leur avoir échappé. Cependant, il est assez remarquable de noter qu'ils insistent sur le fait d'une dextro-torsion accusée de l'utérus. Or cette dextro-torsion ne constitue-t-elle pas l'amorce de la tension du ligament

gauche qui s'étire en bride sur laquelle vient se couder le côlon (Van der Hoeven, Mériel, etc.).

D'autre part, certains signalent la présence de brides non pathologiques. Peut-être doit-on envisager ce mécanisme dans les nombreuses observations de malades opérées chez lesquelles, après intervention ou autopsie, on ne trouve aucune lésion pathologique.

2° *Causes biologiques.* — Des conditions biologiques spéciales tiennent à la vascularisation plus intense des organes abdominaux et du péritoine pendant la gestation. Cette particularité fait que le pouvoir de résorption du péritoine se trouve accru et permet une diffusion rapide de l'infection qui ne restera pas localisée. L'occlusion survenant se compliquera plus rapidement d'infection étendue de la séreuse péritonéale.

3° *Causes pathologiques.* — On voit assez fréquemment chez la femme en état de gestation, des phénomènes de paresse intestinale et une constipation opiniâtre entretenues par la grossesse. Parfois alors la colibacillose intestinale se propage rapidement au péritoine abdominal ou pelvien, provoquant des adhérences épaisses et de véritables abcès. Lorsque, à la faveur de ces adhérences, l'occlusion est constituée, elle accélère la diffusion du colibacille qui est susceptible comme l'a montré le professeur Bar de créer des localisations viscérales complexes dans le foie, le rein, l'appendice, ou d'envahir la séreuse péritonéale, comme par exemple dans le cas d'occlusion

par rétroversion de Chantemesse; Widal et Legry. Ces auteurs trouvèrent une collection entre l'utérus et l'intestin et constatèrent de la colibacillose dans l'utérus, le pus et le sang. Il s'agissait d'une péritonite produite par le colibacille, qui avait pullulé grâce à l'obstruction du rectum par l'utérus rétroversé.

La grossesse créant ainsi des complications péritonéales rapides au cours d'une occlusion, on devra dans ces cas intervenir très précocement.

B) *Diagnostic*. — Dans ces cas d'occlusions intestinales dues à la gestation, on voit le plus souvent le tableau clinique classique de l'occlusion chronique ou celui de l'occlusion aiguë.

Nous ne décrirons point ces deux formes dont les caractères n'ont aucun cachet spécial.

Mais une troisième modalité qui peut s'observer à toutes les étapes de la gestation doit ici trouver sa place : c'est le *syndrome abdominal avec hyperthermie*.

Alors, en effet, que l'hypothermie est la règle dans les formes déjà mentionnées, nous pouvons voir dans certains cas une élévation de la température correspondant à une crise douloureuse, avec altération du facies et de l'état général. En même temps, une réaction péritonéale localisée ou non avec hyperesthésie de la paroi contribue à réaliser surtout le tableau symptomatique de la péritonite. Les crises étant espacées et entrecoupées de périodes de sédation, on pourra croire à une appendicite, à une torsion de

kyste ou de fibrome, à une perforation. Il conviendra dans ces formes accompagnées de crises, suivies de sédation de ne pas temporiser. Il ne faudra pas hésiter à intervenir car la répétition des crises peut aboutir à un syndrome à développement suraigu pour lequel l'acte opératoire peut être tardif.

L'intérêt que présente cette physionomie du syndrome de l'occlusion intestinale est donc dans l'indication d'une intervention aussi rapide que possible, bien plus que dans le diagnostic de nuance. Et la cœcostomie doit être faite d'urgence.

B. — Pendant le travail

On observe rarement la coïncidence du travail avec le syndrome d'occlusion intestinale.

a) *Mécanisme*. — Les constatations anatomiques faites dans ces conditions permettent d'incriminer le plus souvent une bride utérine préexistante.

Le déplacement de l'utérus modifiant la statique intestinale, une anse vient se couder au niveau de brides pathologiques.

Dans certains cas l'occlusion au lieu d'apparaître pendant le travail a pu déterminer le travail et occasionner un avortement ou un accouchement prématuré.

B) *Diagnostic*. — On peut donc distinguer :

1° Les cas d'occlusion déterminant la mise en train du travail. Ces faits passent rarement inaper-

çus car la crise a précédé l'apparition des contractions utérines ;

2° Les cas d'occlusion qu'il faut dépister sont ceux qui apparaissent et coïncident avec le travail. Les accidents ont un début brusque.

Les douleurs généralisées à l'abdomen sont souvent confondues avec les contractions utérines du travail. Mais cette douleur anormale, persistant dans l'intervalle des contractions devra cependant éveiller l'attention. Si le syndrome a passé inaperçu pendant le travail, il peut encore échapper après évacuation de l'utérus, puisque à ce moment une détente survient fréquemment. Mais cette sédation trompeuse est passagère, et le syndrome reprend avec des accidents aigus, à évolution rapide, aboutissant à la mort en quelques heures, si on n'a pas pris une décision chirurgicale d'urgence.

C) Suites de couches

L'occlusion intestinale qui survient dans la période des suites de couches peut être considérée :

- a) Comme un accident obstétrical.
- b) Comme un accident chirurgical.
- c) Elle peut revêtir une forme spéciale tout en restant liée à l'un des deux phénomènes précédents et constituer alors le syndrome de dilatation aiguë de l'estomac.

a) *Phénomènes d'ordre obstétrical.* — L'occlusion

intestinale peut survenir après l'accouchement, le plus souvent quand le travail a été laborieux, et il faut considérer dans ces cas des causes favorisantes telles que le traumatisme ou l'infection. Les interventions comme l'application de forceps de la version podalique paraissent avoir déterminé des phénomènes d'occlusion.

Les occlusions intestinales peuvent aussi apparaître à la suite d'un avortement comme le montrent les observations de Lequeux, de Voiron et de Turner. Et l'intervention ou l'autopsie révèlent, le plus souvent, qu'il y a, soit des symptômes de péritonite ou de pelvi-péritonite, soit déjà des adhérences qui se sont constituées elles-mêmes à la faveur de réactions péritonéales.

Enfin, il peut s'agir d'un ileus paralytique et le malade présente une inhibition de la musculature intestinale en tout point comparable à la parésie vésicale qui se voit après un accouchement.

Ou bien encore, on a affaire à une véritable obstruction par compression. En effet, dans certains bassins rétrécis, il se peut que l'utérus comprime l'intestin. Dans un cas de Tournay, le changement de position amenant la bascule de l'utérus et le dégagement de l'anse comprimée, suffit à lever l'obstacle et une déblacles'ensuivit. Ce mécanisme n'est pas sans trouver quelque appui dans la littérature médicale. Dans un cas de Pollosson on note un rétrécissement extrême du bassin et des lésions gangréneuses portant au niveau du côlon pelvien coudé.

Dans un cas de Riek, il s'agissait également, d'un bassin rétréci et l'obstruction fut levée par l'exploration du rectum ; les gaz s'échappaient déjà avant que l'auteur eut atteint le promontoire. Remontant jusque vers l'articulation sacro-vertébrale, il sentit le rectum, comprimé entre le l'utérus et le promontoire. Le décubitus latéral et la position génu-pectorale achevèrent la guérison.

b) *Phénomènes d'ordre chirurgical.* — On peut observer l'occlusion intestinale après les opérations chirurgicales d'ordre obstétrical, et particulièrement après la section césarienne. Sauvage en rapporte un exemple à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie en janvier 1913.

En dehors des causes habituelles, on doit tenir compte d'un facteur spécial relié ici au développement exclusivement abdominal de la gestation, susceptible de modifier la statique intestinale et de créer des accidents d'occlusion.

Après l'intervention le corps utérin recouvrant l'aire rétréci du détroit supérieur peut agir comme nous l'avons vu précédemment en comprimant l'anse iléopelvienne.

Enfin, il semble qu'on puisse encore envisager un mécanisme déjà observé dans le cas du professeur Bar. Il s'agissait d'un véritable spame avec contraction de colon descendant ayant déterminé des accidents graves d'occlusion,

c) *Le syndrome de dilatation aiguë de l'estomac.* — Ce syndrome correspond à un état d'ileus de la partie

haute du tube digestif dont les causes peuvent être soit un traumatisme léger, soit une infection déterminant un état de gastroplogie après l'accouchement. « On ne peut s'empêcher d'être frappé par ce fait déjà signalé par le professeur Audebert, à savoir que dans 9 cas sur 11, la femme avait été chloroformée, et de songer à une action toxique de l'anesthésique sur la musculature gastro-intestinale.

B) *Diagnostic*. — Dans les suites de couches, le diagnostic de l'occlusion n'offre aucune difficulté. On retrouve ici le syndrome avec la netteté des signes décrits dans les traités de chirurgie : signes de von Wahl, de Laugier, de la fausse ascite de Delbet.

Le syndrome d'occlusion s'est installé progressivement et insidieusement à la suite d'une constipation opiniâtre aboutissant à l'arrêt complet des matières et des gaz.

PRONOSTIC

Le pronostic du syndrome d'occlusion en rapport avec la puerpéralité est très variable suivant les auteurs. Gauchery qui donne surtout les observations de phénomènes d'occlusion intestinale survenus au cours de la gestation donne une proportion : mortalité maternelle totale de 63 o/o se répartissant de la façon suivante :

Dans 26 cas, il y a eu intervention, et alors la mortalité est de 53 o/o.

Dans 21 cas, il y a eu abstention et alors la mortalité est de 76 o/o.

Dans l'étude que nous avons entreprise nous distinguons les cas survenus pendant la gestation des autres cas survenus pendant les suites de couches ou après une opération et même pendant le travail. Toutefois, il faudrait pouvoir établir une distinction pour les cas survenant pendant le travail : les uns étant des phénomènes d'occlusion qu'il faudrait pouvoir rattacher à ceux de la gestation, les autres ressemblent davantage à l'iléus paralytique post-opératoire.

Sous cette réserve, nous distinguerons deux catégories :

1^o *Pendant la gestation* : 11 cas.

Dans 10 cas, on a fait une intervention. Il y a eu sept guérisons et trois morts. Dans le cas où l'on n'est pas intervenu, la femme est morte.

Il apparaît donc clairement que l'on peut espérer la guérison au cours de la gestation dans les $\frac{2}{3}$ des cas si l'on intervient.

2^o *Après la gestation* : 16 cas.

Nous distinguerons d'abord 3 accidents dont deux survenus après application de forceps ; il a suffi dans ces cas de mettre la femme en décubitus ventral pour obtenir la guérison.

Sur les 13 cas qui restent, il y a eu 11 interventions et 2 abstentions. Les 2 abstentions ont abouti à la mort. Dans les 11 cas où l'on est intervenu, il y a eu encore sept morts et seulement quatre guérisons.

On peut donc dire qu'ici encore l'intervention est nécessaire, mais qu'elle n'a eu de résultats heureux que dans à peine $\frac{1}{3}$ des cas.

Le pronostic dépend aussi du moment auquel on intervient. C'est l'opinion de Lejars qui fait une intervention au bout de huit jours, en regrettant qu'il n'ait pas eu l'occasion de le faire plus tôt. Les interventions sont faites : deux trois et cinq jours après le début des accidents, sauf un cas de Porak, où il s'agissait d'une invagination. La plupart du temps, on attend qu'on ait vu apparaître des vomissements fécaloïdes ou fétides pour intervenir. Il faut donc conclure de ces cas que l'intervention a d'au-

tant plus de chance d'être efficace qu'elle est entreprise plus précocement, c'est-à-dire avant qu'il n'apparaisse des symptômes soit d'intoxication profonde soit d'infection étendue.

Le pronostic de la gestation elle-même, dans les cas qui se produisent au cours de la gestation est difficile à préciser parce qu'il semble qu'il n'y ait pas à ce sujet de règle de conduite uniforme. Il semble cependant que la gestation va rarement à terme d'abord parce que certains auteurs ont préconisé la provocation du travail ou bien parce que dans bien des cas, on a attendu le début d'un accouchement prématuré avant d'intervenir chirurgicalement. Ici encore on peut dire que le pronostic dépend du moment auquel l'on intervient. Ce n'est pas l'intervention chirurgicale qui cause l'arrêt de la gestation, mais bien les phénomènes d'intoxication profonde quand l'on intervient trop tardivement.

THÉRAPEUTIQUE

Lorsque l'occlusion intestinale s'installe progressivement par des symptômes peu bruyants : constipation opiniâtre, léger ballonnement, absence de phénomènes douloureux, on pourra recourir aux moyens médicaux habituels, mais il faut en user avec prudence et sans s'y attarder.

Etant donné ce que nous savons de la gravité particulière de l'occlusion au cours de l'état puerpéral, de la rapidité de diffusion, de l'infection à la séreuse péritonéale, il ne faut pas perdre un temps précieux en s'attardant à vaincre ce que l'on pense être un début d'obstruction stercorale.

Examinons donc quel doit être le traitement de choix :

A. — Le traitement obstétrical

1° Il est intéressant de tirer un enseignement de l'évolution des occlusions intestinales après expulsion spontanée du fœtus.

Quelle est l'influence de l'avortement ou de l'accouchement spontané sur la vie de la mère ?

Nous envisagerons 11 cas où cette éventualité est survenue dans les thèses de Gauchery et de Lemerrier. Sur ces 11 femmes : 7 sont mortes, 4 ont guéri. Dans ces 4 cas où la femme a survécu : l'un (Morestin) concerne une femme où le succès est à mettre au compte d'une évacuation d'un kyste ovarique tordu ; le deuxième succès (Témoin) est dû à une libération de brides ; le troisième (White) à l'évacuation d'un abcès de l'aine ; le dernier (Morestin) au fait qu'on a réduit une anse grêle enserrée dans un orifice du mésentère dès le lendemain de l'accouchement.

2° *Voyons maintenant ce que donne l'accouchement provoqué.* Il s'agit de distinguer ici deux circonstances.

a) Le travail n'est pas commencé.

Nous groupons 6 observations (Maygrier, Tarnowsky, Bandera, Meyer, Klauer, et n° 837 de 1911 à la clinique Baudelocque) où on a provoqué l'accouchement avant le travail. Les résultats ont été 5 morts. Seul le cas de Baudelocque a eu une issue heureuse. Il s'agissait d'un travail provoqué au septième mois de la gestation par l'introduction d'un ballon de Champetier de 80 grammes. Mais il faut dire que cette décision ne fut prise que parce que l'on venait de faire déjà une laparotomie après un diagnostic de péritonite appendiculaire et qu'on avait pu constater qu'il n'existait ni obstacle ni péritonite.

b) Le travail est en train.

Dans 3 cas que nous relatons au chapitre des

observations, et où le travail a débuté avant terme, on s'est contenté de l'accélérer soit par dilatation digitale (Lepage), soit par l'introduction d'un ballon, (Planchu) et d'accoucher la femme soit spontanément soit par application de forceps (Mauclaire). Deux cas ont été suivis de guérison ; mais dans l'autre il a fallu recourir à une intervention chirurgicale suivie de guérison.

Conclusions. — L'évacuation de l'utérus ne réalise que très exceptionnellement la cessation des accidents. Il faut donc renoncer à cette thérapeutique sauf dans les cas exceptionnels où il ne s'agit que d'accélérer l'accouchement, mais à condition de veiller en armes, de ne pas trop escompter la guérison et sans perdre de temps pour recourir s'il y a lieu, et ce sera la règle, à l'intervention chirurgicale.

B. — Traitement chirurgical

1. — **Cas des Rétroversions.** — L'occlusion intestinale s'installe alors progressivement dans les premiers mois de la gestation. Il faut pratiquer le toucher vaginal et rectal pour établir le diagnostic précoce d'une rétroversion de l'utérus gravide. On cherchera à la réduire par les moyens habituels. Si on a affaire à une rétroversion totalement ou partiellement irréductible, on aura recours à la laparotomie : la libération des adhérences permettra le plus souvent l'évolution de la gestation à terme ou près du

terme (Couvelaire et Lévy-Solal, Brindeau et Cathala).

II. — **Cas des gestations ectopiques.** — Nous avons vu que l'occlusion intestinale débute alors brusquement dans les premiers mois d'une gestation. On attachera une importance toute particulière à certains signes qui accompagnent le syndrome d'occlusion tels que la syncope, l'hypothermie précoce. On cherchera à préciser si ce syndrome ne masque pas une rupture tubaire. L'intervention chirurgicale s'impose d'urgence.

III. — **Autres cas d'occlusion intestinale.** — On peut distinguer alors deux opérations principales :

a) La laparotomie avec recherche et levée de l'obstacle ;

b) L'anus artificiel.

a) *Laparotomie.* — L'analyse des observations que nous publions montre que huit fois on chercha l'obstacle et on tenta de le supprimer.

On enregistre : 4 morts et 4 guérisons, mais il faut retenir que 2 de ces guérisons sont à mettre au compte d'une entérostomie secondaire.

Dans les 2 autres cas de guérison par levée de l'obstacle, il s'agissait en réalité d'une péritonite traitée par laparotomie et drainage (Mauclair et Tissier) et une autre fois après un accouchement spontané la laparotomie permet de réduire une hernie mésentérique (Porak).

b) *Anus iliaque.* — Onze fois on pratiqua l'anus

iliaque : cinq femmes sont mortes, six femmes ont guéri.

Les échecs sont toujours dus à une complication péritonéale préexistante (tels les cas de la clinique Baudelocque de 1909 et 1910) ou à une opération pratiquée trop tardivement alors que les vomissements fécaloïdes ont apparu et que l'état général était très altéré (Lepage).

Conclusions. — Lorsqu'on intervient précocement la laparotomie suivie d'entérostomie nous paraît être la conduite de choix :

a) La recherche et la suppression de l'obstacle exigent des manœuvres périlleuses. En outre elles exposent à des difficultés très grandes dans les cavités abdominales très distendues des femmes gravides ;

b) Enfin cette recherche de l'obstacle peut être vaine : nous avons vu que l'occlusion gravidique a pu être imputée à la coudure de l'anse côlique ilio-pelvienne sur le ligament infundibulo-côlique ;

c) Même lorsque la levée du barrage a été rendue possible après la section césarienne, elle a exceptionnellement suffi ; et l'entérostomie secondaire a été nécessaire pour couper court aux accidents persistants et menaçants de stercorémie (cas de Mathieu) ;

d) L'entérostomie ne compromet pas l'évolution de la gestation. Les injections bi-quotidiennes, sous-cutanées de morphine, préconisées par le professeur Pinard, après l'intervention, ont une influence heureuse sur la continuation de la grossesse ;

e) La fistule peut se fermer spontanément au bout de quelque semaines. Si elle persiste on pratiquera une cure radicale deux ou trois mois après (Pinard, Cunéo, Couvelaire, Sauvage, etc.).

Dilatation aiguë de l'estomac. — Dans les cas de dilatation aiguë de l'estomac, on aura recours au décubitus ventral qui constitue une méthode immédiatement efficace. Elle est supérieure aux lavages d'estomac qui paraissent avoir une action moins rapide.

OBSERVATIONS

Nous avons examiné à ce sujet les observations que nous avons pu recueillir dans la littérature à savoir : thèses de Gauchery et de Lemer cier : 76 ; travail de Audebert sur la dilatation aiguë de l'estomac : 11 cas.

Nous apportons en outre 27 observations détaillées dont 13 provenant de la clinique Baudelocque.

OBSERVATION I

Observation 2.105 bis de 1900 (Clinique Baudelocque.)

Grossesse de 3 mois environ avec volumineux fibrome de la paroi postérieure de l'utérus. Phénomènes de compression vésicale. Cystite purulente. Opération césarienne suivie d'hystérectomie totale supra-vaginale. Occlusion intestinale. Anus contre nature. Mort.

B..., vingt-cinq ans I-pare, sans profession.

Réglée à treize ans, régulièrement. Fièvre typhoïde à huit ans. Rougeole dans l'enfance. D. R. 10 au 16 juillet. Il y a quinze jours, la femme urine sans difficulté.

Le lendemain elle ne peut uriner. Un docteur appelé pratique le cathétérisme. Pendant trois jours, la nuit surtout, la femme urine involontairement, puis urine spontanément jusqu'au 27 au matin : ce jour elle est amenée à la clinique et

examinée par M. Baudron. M. Baudron, après avoir retiré 2.500 grammes d'urine de la vessie, trouve un utérus gravide repoussé en avant par une tumeur de consistance fibromateuse. Le col est derrière la symphyse. Mlle Roze examine et n'arrive pas sur ce dernier.

Le diagnostic est confirmé par MM. Pinard et Segond, qui décident une hystérectomie.

Durée trois quarts d'heure.

A l'ouverture du péritoine, M. Segond explore la tumeur, et constate qu'il existe une tumeur unique, utérine, présentant la disposition suivante :

En avant, à l'étage antérieur et supérieur, la partie contenant le fœtus.

En arrière, sur la paroi postérieure, un volumineux fibrome plongeant dans le bassin où il est complètement enclavé. On trouve également deux petits fibromes sous-péritonéaux du volume d'un pois.

Les phénomènes de cystite, le volume du fibrome enclavé, les dangers que ferait courir à cette femme l'évolution d'une telle grossesse, dictent à MM. Pinard et Segond l'obligation d'enlever l'utérus. L'opération se poursuit alors ainsi qu'il suit :

M. Segond essaie d'abord d'énucléer l'utérus en masse, mais ne pouvant y réussir sans tractions préjudiciables à la malade, il fait une césarienne, enlève le fœtus (vivant) et le placenta. Fœtus et placenta pèsent ensemble 200 grammes. Ensuite à l'aide d'un tire-bouchon, il énuclée la masse utérine et fibromateuse, puis il fait l'amputation supravaginale de l'utérus. L'hémostase étant assurée à l'aide d'une ligature à la soie et au catgut, l'angle inférieur de la plaie est drainé avec un gros tube de caoutchouc entouré de gaze iodoformée.

L'abdomen est fermé par un seul plan de sutures au fil d'argent. Pansement ouaté compressif.

Poids de l'utérus fibromateux 1.240 grammes. Le fibrome interstitiel, très ramolli, occupait la partie postérieure de l'utérus. Ovaires scléro-kystiques.

Suites opératoires. — Le 8, vingt-quatre heures après l'opération, ablation du drain et de la gaze iodoformée. Pansement à plat.

Le 9, bon état général, mais pas de garde-robe.

Le 10, pouls 140. Pas de selle malgré les purgatifs et lavements. Le soir, vomissements fécaloïdes.

Le 11, M. Segond diagnostique une occlusion intestinale et pratique un anus contre nature. Mais la malade meurt dans la soirée quelques heures après cette dernière intervention.

Opposition à l'autopsie.

OBSERVATION II

Observation 1355 de 1906 (Clinique Baudelocque).

Grossesse extra-utérine. Faux travail et mort de l'enfant près du terme. Laparatomie par M. Lepage. Mort par occlusion intestinale.

N..., trente-deux ans, IV-pare, sans antécédents.

Réglée régulièrement toutes les quatre semaines pendant huit jours depuis l'âge de onze ans et demi. Deux premiers accouchements normaux de 1896 à 1898, à l'Hôtel-Dieu. Enfants vivants.

Troisième grossesse terminée par l'expulsion d'un œuf complet au cours du deuxième mois. A la suite de cet avortement cette femme présente des accidents attribués par un médecin à une métrite et soignés par des injections vagi-

nales et des tampons à l'ichtyol. Après quelques mois de traitement, les accidents disparaissent.

Grossesse actuelle. — D. R. : 19-27 septembre 1905.

Cette femme qui était d'une santé en apparence excellente, ressent des douleurs abdominales aussitôt la cessation de l'écoulement menstruel, avec maximum dans la fosse iliaque droite, des vomissements alimentaires, de la fièvre avec une ascension de température (39 degrés). Un médecin porte le diagnostic d'appendicite.

Vers le 15 octobre, des troubles de la miction viennent s'ajouter aux accidents précédents ; deux fois le cathétérisme est pratiqué pour rétention complète d'urine. Les douleurs abdominales et les troubles digestifs du début persistent jusque vers le 1^{er} novembre. A cette date, il y a une accalmie marquée. A partir du 25 décembre, jusqu'au 1^{er} janvier, pertes de sang intermittentes.

27 janvier. — Nouvelle crise. Les douleurs généralisées à tout le ventre, atteignent cette fois leur maximum dans la région lombaire. Troubles digestifs, vomissements continuels. Deux ou trois fois la température monte à 39 degrés. Le médecin traitant abandonne le diagnostic d'appendicite pour adopter celui de salpingite. Vers la fin de janvier, la deuxième crise diminue d'intensité. La femme peut enfin quitter le lit qu'elle a gardé depuis le mois d'octobre. Les applications alternatives de glace et de compresses chaudes sont définitivement abandonnées. L'accalmie persiste jusqu'à la fin de mai. Pendant ce temps l'attention de la femme se porte sur des signes qu'elle n'avait pas encore remarqués. La suppression des règles, le développement des seins, l'apparition de taches pigmentées sur la face lui font penser qu'elle peut être enceinte. Elle soumet cette idée à son médecin qui déclare ne trouver aucun signe de grossesse. Un autre méde-

cin consulté porte le diagnostic de kyste de l'ovaire ou de fibrome.

Quelques jours après, la constatation des mouvements actifs vient démentir les deux médecins.

Au commencement de juin, troisième crise. Douleurs plus continues, moins violentes ; réapparition des vomissements.

27 juin. — Les douleurs prennent une intensité et un caractère particuliers. Elles sont violentes, intermittentes, avec épreintes et nausées ; une boule se dessine par instant au-dessus du pubis et disparaît. Cette femme pense être en travail et sur le point d'accoucher ; elle envoie chercher une sage-femme qui, après avoir examiné la parturiente dans différentes positions, déclare ne pouvoir arriver sur le col. Pendant trois jours il y a des douleurs comparables à celles de l'accouchement, puis les mouvements disparaissent.

Le médecin traitant appelé par la sage-femme conseille à la malade d'entrer à Baudelocque.

Entrée à la clinique le 30 juin. La femme a l'aspect fatigué comme par un long travail. Le ventre est développé comme pour une grossesse à terme ; la paroi est soulevée par deux tumeurs qui lui donnent l'aspect dit à deux étages. Mlle Roze porte le diagnostic de grossesse extra-utérine, diagnostic confirmé par M. Pinard. L'utérus forme une tumeur arrondie au-dessus du pubis ayant les dimensions d'un gros poing d'adulte : hauteur 12 centimètres. Le kyste fœtal déborde l'utérus de tous côtés : hauteur 30 centimètres.

Au palper : on sent les parties fœtales, mais on ne peut préciser l'attitude du fœtus. Auscultation nulle.

Au toucher : cul-de-sac postérieur effacé par une tumeur qui bombe dans le vagin et emplit l'excavation ; col utérin derrière la symphyse pubienne.

M. Pinard décide d'attendre pour intervenir que la circulation placentaire soit diminuée.

Pendant son séjour, la femme a des douleurs sourdes et continues, des vomissements bilieux, une constipation marquée et un amaigrissement prononcé.

A l'entrée la température était de 38 degrés, le pouls à 128. Les jours suivants il y a une seule fois 37°5 ; le pouls oscille entre 90 et 112.

Du 28 juillet au 6 août, pertes peu abondantes de sang noirâtre.

7 août. — Expulsion d'un fragment de caduque.

8 août. — Expulsion d'un deuxième fragment.

A partir du 9 août les douleurs disparaissent et la malade ne perd plus de sang.

11 août. — 9 heures du matin : intervention de M. Lepage aidé de M. Sauvage. Incision jusqu'à l'ombilic. Paroi à peine vascularisée. Péritoine pariétal libre d'adhérences. La paroi du kyste est à nu sur une hauteur de 8 à 10 centimètres ; elle est régulière, unie, de couleur rouge foncé, rénitente à la pression du doigt. Dans l'angle inférieur de l'incision on aperçoit l'utérus hypertrophié, plaqué contre la paroi abdominale par le kyste auquel il est uni par de larges adhérences. En haut adhérences intestinales et brides épiploïques ; une anse d'intestin grêle court transversalement d'une fosse iliaque à l'autre en faisant corps avec la voûte du kyste.

La femme a une syncope au début de l'anesthésie chloroformique. Ponction du kyste avec l'appareil de Potain : l'aspiration ne ramène que du sang pur ; elle est interrompue. Incision de la paroi du kyste intéressant le placenta. Extraction du fœtus ; hémorragie abondante. Section du cordon, le placenta est laissé en place sans tentative de décollement. L'hémorragie est trop abondante et semble venir de trop

de points différents pour que l'on puisse espérer faire rapidement l'hémostase avec des pinces. Des compresses sont tassées dans l'intérieur du kyste et en dehors de lui sur la portion décollée et saignante. La quantité de sang perdu n'a pas été considérable. Cependant la malade est dans un état syncopal inquiétant : on ne sent plus le pouls ; respiration lente entrecoupée ; téguments décolorés. 800 grammes de sérum artificiel. Fixation des bords de l'ouverture kystique à la paroi par une couronne de points à la soie. Remplacement des compresses qui assuraient l'hémostase par des mèches de gaze stérilisée ; drain péritonéal au-dessus du kyste. Suture au crin pour rétrécir l'incision. Durée de l'intervention : trente minutes. Fœtus macéré pesant 1.580 gr.

Suites opératoires. — 11 août. — 500 grammes sérum artificiel ; le pouls redevient perceptible, la malade sort de sa torpeur.

12 août. — Pansement ; les compresses contiennent une très grande quantité de sang ; elles sont renouvelées sans toucher au tamponnement.

Vomissements.

13 août. — La portion intra-kystique du tamponnement est enlevée ainsi que les mèches qui bourrent sa cavité ; elles dégagent une odeur fétide, on les remplace par deux drains n° 30.

Dans l'après-midi, léger suintement sanguin. Injection sous-cutanée de 1.000 grammes de sérum artificiel. La malade est déprimée ; pas de selles, lavement de vin sans résultat.

14 août. — Mauvais état, pouls petit, dépressible, ballonnement du ventre, hoquet douloureux, nausées, vomissements bilieux. Lavement qui ramène des gaz et une petite quantité de matières dures. Pansement : aspiration d'un liquide peu fétide. Sérum artificiel : 500 grammes, morphine. La tempé-

rature oscille après l'opération entre 37 et 38 degrés et le pouls entre 120, 140 et 160.

Le soir l'état s'aggrave. La malade succombe le 15 août à 5 heures du matin.

Autopsie. — Brides péritonéales déterminant une occlusion intestinale.

OBSERVATION III

Observation 354 de 1909 (Clinique Baudelocque.)

Femme âgée de vingt-cinq ans, entrée le 11 février 1909.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une infection de la vessie. Mère vivante, deux frères vivants, un frère mort.

Antécédents personnels. — A marché à trois ans. Réglée à quatorze ans et régulièrement.

Grossesses antérieures. — 1^{er} février 1907. Opération césarienne à la maternité Baudelocque par M. Mouchotte. Fille 2.750 grammes.

21 avril 1908. — Opération césarienne à la maternité Baudelocque. Garçon 2.050 grammes.

Grossesse actuelle. — Présentation de l'extrémité céphalique en G. T. La région cicatricielle est très élargie (dimensions d'une paume de main) pigmentée.

13 février. — Examen de M. Lacasse :

Eventration notable. Cicatrice cutanée des césariennes antérieures très pigmentée. Présentation de l'extrémité céphalique. Dos à gauche. B. du C. bons. Au palper mensurateur la tête débordé légèrement la symphyse pubienne. Au toucher : promontoire accessible 9 cm. 2.

1^{er} mars. — Examen de M. Pinard :

Qui confirme les constatations et dit recourir à la voie

haute lors du travail. A 3 h. 30 du soir : H. U. 29 centimètres ; tête débordant l'aire du détroit supérieur ; col en voie d'effacement ; poche des eaux intacte. L'utérus est dévié à droite : lorsqu'il se contracte la partie moyenne de la cicatrice qui est très élargie grimace. La grimace s'observe sur une surface large environ comme la main : ce qui fait supposer qu'il existe de notables adhérences.

A 4 heures du soir : Laparotomie par M. Couvelaire aidé par M. Mouchotte. Incision contournant à droite la zone cicatricielle d'éventration. Le ventre ouvert on constate que l'épiploon recouvre la face antérieure de l'utérus, mais ne lui adhère qu'en bas par une mince et longue bride du volume de deux allumettes environ. Cet épiploon n'a aucune connexion avec la paroi abdominale. A gauche, une anse grêle légèrement pliée adhère à la paroi abdominale dans la région correspondant à l'éventration. L'adhérence fibreuse, solide, a l'épaisseur d'une plume d'oie. Section des brides après ligature au catgut. L'utérus est extériorisé. Sur sa face antérieure, à la partie supérieure de la cicatrice utérine, non loin du fond, existe une tuméfaction violacée du volume d'une noix. C'est un hématome utérin sous-péritonéal : une rupture utérine est imminente. L'utérus basculé en avant est ouvert transversalement au niveau du fond. Extraction d'un fœtus vivant pesant 1.850 grammes.

Le placenta est inséré sur la face antérieure de l'utérus.

Double ligature des pédicules utéro-ovariens au catgut n° 2. Section. Lien élastique autour de l'isthme. Pose des broches. Amputation utéro-ovarique à la façon du Porro. Une partie de l'épiploon qui était descendue au-devant de l'utérus est sectionnée après ligature en chaîne au catgut. Suture de la paroi en deux plans. Pansement aseptique.

3 mars. — 1 h. 1/2 : Dans la nuit du 3 au 4 mars, le malade repose bien. Pas de piqûre de morphine.

4 mars. — 7 heures du matin : Lavement évacuateur. Selles abondantes.

5 mars. — 5 heures du soir : La malade est très agitée ; piqûre de morphine. Urines : 1 l. 1/2.

6 mars après-midi. — Vomissements aqueux abondants de teinte noirâtre. Gaz émis spontanément par l'anus.

6 heures du soir : température 37°8. Pouls 120. Petit lavement qui ne ramène que quelques parcelles de matières fécales.

9 heures du soir : Pouls 132. Urines 500 grammes. Langue humide. Gaz anaux. Le creux épigastrique n'est pas météorisé. Injection d'huile camphrée.

7 mars. — 4 heures du matin : vomissements jaunâtres, sans odeur.

9 heures du matin : Pouls 140. Dyspnée légère. Yeux excavés. Gaz anaux.

11 heures du matin : MM. Couvelaire et Mouchotte constatent que le ventre n'est que légèrement météorisé. Il n'existe en aucun point de douleur à la palpation.

1 h. 30 du soir : M. Lecène ouvre immédiatement la partie supérieure de la suture abdominale parfaitement réunie. Des anses grêles rouges, injectées, considérablement distendues (diamètre d'un poignet moyen d'adulte) font immédiatement hernie par la plaie. La distension cesse 2 ou 3 centimètres au-dessus du point où on a fait sur la partie convexe d'une anse grêle une ligature d'adhérence. Au-dessous l'intestin est aplati, vide, à son aspect normal.

M. Lecène porte le diagnostic d'Ileus parachytique localisé. Y a-t-il eu une bride molle rompue lors du débridement de l'intestin, bride formée au point de la ligature ?

Ponction de l'intestin. Evacuation des gaz. Suture en bourse de l'intestin au niveau de la ponction. Réduction de l'intestin. Fermeture de la paroi en deux plans.

Le soir : extrémités froide, facies péritonéal. Pouls 160, filiforme.

8 mars. — 2 heures du matin : mort.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION IV

Observation 1963 de 1910 (Clinique Baudelocque.)

Dilatation aiguë de l'estomac et occlusion persistante après une opération de Porro. Anus iliaque. Mort.

F. C..., trente-quatre ans, couturière, entrée au dortoir le 24 octobre 1910, à la salle de travail 25 décembre 1910, 10 h.

Antécédents héréditaires. — Parents vivants, deux frères, une sœur vivants, un frère mort à sept ans de ?

A marché à neuf mois, toujours bien marché. Réglée à treize ans et demi, régulièrement pendant cinq jours. Premiers rapports : vingt-huit ans.

Antécédents pathologiques. — Appendicectomie en novembre 1909.

Primipare. Le père trente-cinq ans, caissier.

D. R. du 5 au 10 mars 1910.

Hauteur de l'utérus : 30 centimètres ligne médiane, 33 centimètres corne droite, 30 centimètres corne gauche.

Age de la grossesse : huitième mois à l'entrée dans le service, peut être à terme lors de l'accouchement. Vient de chez elle, se reposait depuis un an. Derniers rapports il y a trois mois.

Pas d'albumine pendant la grossesse et l'accouchement.

Examen. — Squelette : scoliose dorsale supérieure à concavité tournée à gauche.

Peau, cœur, poumons : normaux. Ni œdème ni varices. Seins et ventre normaux.

Utérus malformé : ligne médiane 30 centimètres ; corne droite 33 centimètres ; corne gauche 30 centimètres.

Position transversale. Auscultation bonne.

Début de travail le 25 décembre à 4 heures du matin. Entre à la salle de travail le 25 décembre à 10 heures du matin. Position transversale. Durée de la période de dilatation (?) Ruptures des membranes : précoce, le 25 décembre à 8 h. 30 du soir. Liquide amniotique opalescent.

Enfant féminin, bon état de 3.530 gr. Placenta 510 grammes.

Vue au dortoir le 24 octobre 1910. **Observation.**

I-pare, trente-quatre ans, ayant eu ses dernières règles du 5 au 10 mars 1910.

Elle présente une scoliose dorsale supérieure à concavité tournée à gauche. Cette déviation aurait apparu vers l'âge de onze ans et demi, subitement, sans aucun phénomène douloureux. Le port d'un corset orthopédique pendant de longs mois reste sans influence et la déviation s'accroît progressivement jusqu'à l'âge de vingt ans, où elle semble avoir atteint son maximum ; l'épaule droite est alors très remontée. Après vingt ans la déformation s'atténue peu à peu ; il ne reste plus à présent qu'une scoliose droite relativement peu accentuée. On ne relève aucune trace de rachitisme.

Examen obstétrical. — Malformation utérine très marquée. H. U. 30 centimètres, corne droite 33 centimètres, corne gauche 30 centimètres.

Position franchement transversale, tête dans la fosse iliaque gauche, siège dans le flanc droit ; le fœtus est orienté nettement parallèlement au grand bassin. Auscultation bonne.

26 octobre. — M. Couvelaire tente la version et ne réussit qu'imparfaitement à ramener la tête au-dessus du détroit supérieur et qu'il faut maintenir à l'aide d'une ceinture eutocique et d'un gros tampon d'ouate.

12 novembre. — Examen de M. Pinard. Présentation en écharpe. Siège dans la fosse iliaque droite. Tête dans l'hypocondre gauche. Il conseille de ne faire aucune tentative nouvelle de version et de maintenir seulement la tête à l'aide d'une ceinture eutocique et de deux gros tampons. Il donne l'indication d'attendre le travail, et si quelque indication vient du côté de la mère ou de l'enfant : voie haute.

1^{er} décembre. — Le siège à présent est en bas et bien d'aplomb au-dessus du détroit supérieur. La tête est dans le flanc droit.

15 décembre. — Le siège est toujours bien d'aplomb ; tête dans le flanc gauche.

25 décembre. — 4 heures du matin : début du travail.

25 décembre. — 10 heures du matin : contractions utérines espacées toutes les dix minutes environ. Présentation très franchement transversale du fœtus ; siège dans le flanc droit ; tête dans le flanc gauche ; dos en avant. B. du C. bons au-dessus et à droite de l'ombilic.

Toucher : col en voie d'effacement. On sent un petit membre dans le segment inférieur.

Sous l'influence des contractions, toutes les huit minutes environ le siège s'abaisse et à 2 h. 30 du soir, il est bien franchement d'aplomb au niveau du détroit supérieur où on le maintient par une ceinture de flanelle et deux gros tampons d'ouate.

Le foyer d'auscultation est descendu à droite et à la hauteur de l'ombilic. B. du C. bons.

Toucher : dilatation lenticulaire. Membranes intactes.

5 heures du soir : le siège est toujours d'aplomb au détroit supérieur. B. du C. bons. Dilatation 1 franc.

8 h. 30 du soir : siège d'aplomb. Dilatation un peu plus de 2 francs. Rupture précoce et spontanée de la poche des eaux ; liquide opalescent. B. du C. bons. Les contractions se rapprochent toutes les cinq minutes environ.

9 h. 15 du soir : dilatation petite paume. Siège d'aplomb au détroit supérieur. B. du C. bons. Pose d'un ballon vaginal de Champetier 500 grammes.

10 h. 45 du soir : le ballon est expulsé. Siège toujours d'aplomb. On sent deux pieds dans le vagin. Dilatation un peu plus d'une petite paume. Contractions toutes les cinq minutes.

Minuit. — La dilatation n'a pas progressé. Le siège a tendance à fuir vers la fosse iliaque droite. Le pouls est monté à 120. Température 37°1.

26 décembre. — 1 heure du matin : Examen de M. Lacasse. Le siège est dans la fosse iliaque droite. B. du C. bons.

Toucher : dilatation d'une petite paume, les deux pieds sont dans le vagin. Pouls 120, 128.

M. Couvelaire est mis au courant de la situation. L'inclinaison du siège, l'état stationnaire de la dilatation font penser que l'expulsion spontanée d'un enfant vivant est improbable et que la voie haute doit être employée ; mais les manœuvres nécessitées par la pose du ballon, la présence des deux pieds dans le vagin, membranes rompues, font écarter la césarienne conservatrice et une opération de Porro est décidée.

2 h. 30 du matin : opération (M. Lacasse).

Laparatomie verticale et médiane. Incision de 15 centimètres environ. On tente d'extérioriser l'utérus, mais infructueusement, en raison de la prédominance de son diamètre transversal. Agrandissement de l'incision cutanée. Extériorisation de

l'utérus. Il apparaît très nettement cordiforme, très développé dans le sens transversal. La tête est dans la corne gauche.

Incision verticale et médiane de la paroi utérine antérieure. Le placenta est inséré sur la face antérieure ; on le récline ; et, passant au-dessus : extraction du fœtus pesant 3.530 gr. qui crie aussitôt. Décollement rapide du placenta et des membranes, extraction. Pose du lien élastique et d'une broche au-dessus du lien. Pose du serre-nœuds, un fil de soie n° 3 est jeté sur lui.

Section transversale de l'utérus. Une soie n° 3 est placée de chaque côté sur le pédicule vasculaire au-dessous du lien élastique.

Fixation du moignon à la paroi par un fil de soie n° 3 en avant et en arrière.

Sutures de la paroi abdominale : un surjet péritonéal au catgut n° 2 ; points musculaires séparés au catgut n° 2. Suture de la peau au crin de Florence.

Durée de l'opération : vingt-cinq minutes.

26 et 27 décembre. — Opérée le 26 décembre à 3 heures du matin.

Commence à uriner seule dans la matinée du 26. Urines sanglantes. Pas de gaz. Pouls 100. Morphine.

27 et 28 décembre. — Pouls 96. Etat général bon. La malade urine 900 centimètres cubes. La sonde introduite à plusieurs reprises ne donne pas de gaz. Morphine. La femme repose mal. Vomissements. Toujours pas de gaz.

28 et 29 décembre. — Quelques gaz, anis et sonde.

Lavement de vin de 25 centilitres.

Pouls 138. La température est de 36°6.

L'état général est moins bon ; la femme est légèrement prostrée. Subictère des conjonctives. Distension considérable

de l'estomac. La langue est bonne. Le ventre est souple.

Purge à l'eau de Sedlitz. Les gaz sont abondants.

Lavement purgatif. Sérum 300 grammes. Urines 600 gr.,
sanglantes, dépôt uratique considérable.

4 heures du soir : pouls 144.

Gaz moins abondants. Pas de matières fécales. Vomissements porracés.

5 heures du soir : Pouls 140, petit. Température 36°2.

Ballonnement considérable du ventre, surtout marqué dans
la région épigastrique.

Vomissements fécaloïdes. Lavement purgatif sans résultat.

5 h. 30 du soir : lavage d'estomac qui ramène un liquide
noirâtre.

8 heures du soir : même état. L'estomac est moins distendu.
300 grammes de sérum.

Deux centimètres cubes d'huile camphrée.

Pouls 140. Le facies se grippe. L'état général devient
plus mauvais.

10 heures du soir : L'estomac est à nouveau distendu.

Pouls 140, dépressible.

Anus artificiel dans la fosse iliaque droite en un temps.

A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une très petite quan-
tité de liquide. Les anses intestinales ne sont pas rouges.
300 grammes de sérum pendant l'intervention. Huile cam-
phrée 3 centimètres cubes.

Jusqu'au 29 décembre, 5 heures du matin, l'état général
va en se déprimant progressivement et la femme meurt à
6 heures du matin.

Autopsie. — Péritonite généralisée.

Le gros intestin est très dilaté, depuis le cæcum jusqu'à
l'angle colique gauche. Le côlon descendant est vide. L'in-

testin grêle est très distendu. L'anus iliaque fonctionne : il avait été fait sur l'intestin grêle à peu près en son milieu.

OBSERVATION V

(Clinique Baudelocque, déc. 1910.)

Primipare âgée de vingt-six ans. Réglée à dix-huit ans, irrégulièrement.

Antécédents personnels. — Scarlatine à treize ans.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 8 au 16 avril 1910.

Dès le début de la grossesse a eu des céphalées et des vomissements. Vers le troisième mois, ces symptômes disparaissent.

Entre à la clinique le 14 décembre 1910 pour douleurs abdominales.

Examen. — Faciès pâle ; muqueuses décolorées. Léger œdème des membres inférieurs. Céphalée. Troubles de la vision (sensation de brouillard devant les yeux). Pouls à 90, tendu, régulier.

Fond de l'utérus à 27 centimètres au-dessus du pubis. Parois utérines ont une consistance dure ; petite extrémité céphalique s'engageant dans le bassin.

Quantité considérable d'albumine dans les urines.

A 4 heures le pouls s'accélère un peu : il est à 100. Quelques contractions très espacées.

A 4 h. 45 : pouls à 120, rupture artificielle des membranes à travers un orifice utérin laissant à peine passer la pulpe de l'index.

A 5 h. 30 : pouls à 120. Fond de l'utérus s'élevant à 28 cm. 1/2.

A 7 h. 30 : pouls à 130. Hauteur de l'utérus s'élève à 32 centimètres. La femme s'agite de plus en plus.

A 8 heures : la femme est en état de shock hémorragique : l'utérus est hypertendu. La dilatation est à peine commençante. Le segment inférieur et le col ont la même dureté ligneuse que le corps utérin.

A 8 h. 30 : intervention par opération de Porro.

Incision sus ou sous-ombilicale, dépassant en haut l'ombilic de 3 centimètres. Extériorisation de l'utérus. La face péritonéale de cet organe apparaît violacée avec par places des zones noirâtres.

Les annexes des deux côtés présentent un piqueté hémorragique très accentué. Elles sont volumineuses. Les ligaments larges sont infiltrés de sang dans leur totalité. Ouverture de l'utérus : il s'en échappe une grande quantité de caillots sanguins et de sang liquide.

Extraction d'un fœtus mort du sexe féminin. Le placenta est trouvé décollé. Extraction du placenta et des membranes. En raison de l'état de la paroi utérine infiltrée de sang apoplectique, on décide de pratiquer l'amputation utéro-ovarienne à la manière de Porro.

Pose d'un lien de caoutchouc, passant au-dessous des annexes. Pose du serre-nœud sur lequel on place un fil de soie. Une broche transfixe l'utérus au-dessus du lien. Les pédicules utéro-ovariens et utérins sont liés de chaque côté par un fil de soie n° 3 qui les prend en masse au-dessus du lien élastique. L'utérus et les annexes sont enlevés au bistouri.

Drain dans le Douglas en arrière du moignon.

Suture de la paroi abdominale en un plan.

On a extrait de l'utérus 450 grammes de caillots sanguins.

Le placenta pèse 300 grammes. Il présente sur sa face

utérine elle-même, très farcie de noyaux hémorragiques, une cupule très nette.

Le fœtus pèse 1.600 grammes.

Suites opératoires. — 15 décembre. — La malade n'urine pas et ne rend pas de gaz. Douleur épigastrique ; obnubilation. Pas de troubles oculaires ni d'altération du rythme respiratoire.

Léger œdème pré-tibial.

° **Examen du sang.** — Urée 2 gr. 23 par litre. Cl total 5 gr. 75.

16 décembre. — Pansement. Aspiration qui ramène deux cuillerées à café de sang rouge. Pouls 108. Tension artérielle (Pachon) 20. Nausées, malaise général, douleur épigastrique, obnubilation, pas de troubles visuels.

17 décembre. — Saignée de 40 grammes au pli du coude donne urée : 1 gr. 97. Même état général. Vives douleurs abdominales.

18 décembre. — Même état. Purgation à l'eau-de-vie allemande.

21 décembre. — Pouls 120 et tension 20 au Pachon. Obnubilation complète. Douleurs abdominales. Léger météorisme. Vomissements.

22 décembre. — Purgation ; pas de selles ; quelques gaz rendus par la sonde rectale. Dissociation du pouls et de la température. Pouls rapide, moins bien frappé que les jours précédents. Facies grippé. La malade ne garde depuis la veille aucune boisson. Pas de vomissements porracés. Ventre ballonné dans toute son étendue. Estomac distendu. On voit les anses intestinales qui se dessinent sous la peau avec quelques mouvements péristaltiques (le colon surtout est distendu et sonore à la percussion). Un peu d'œdème de la paroi dans la région de la fosse iliaque droite. Pas d'em-

pâtement profond de cette région ; mais on constate une sensibilité marquée à la pression dans la fosse iliaque droite, et une douleur exquise dans la région lombaire à droite. Défense musculaire à droite ; ventre souple à gauche.

4 h. 30 du soir : l'intestin n'a pas encore fonctionné. Pouls moins bon que le matin. Hoquet ; vomissements porracés.

M. Couvelaire fait les mêmes constatations locales et décide de pratiquer un anus iliaque cœcal, et d'explorer en même temps si possible la fosse iliaque droite.

Exploration de la fosse iliaque : issue d'un liquide citrin venant de la grande cavité péritonéale. Anus iliaque cœcal en un temps. Gaz et quelques matières fécales liquides s'échappent en abondance.

23 décembre. — Pouls 116. Plus de hoquet ni de vomissements. Etat général très amélioré. Tension artérielle 18,5. Urines 1 litre. Traces d'albumine. La malade a bien reposé dans la nuit.

24 décembre. — Pouls 100. Tension artérielle 18. Urines 2.250 grammes. Traces d'albumine. Etat général meilleur. Plus de symptômes abdominaux ni de vomissements. Lavement de vin. Selles abondantes par le rectum, gaz par l'anus iliaque.

25 décembre. — Pouls 96. Tension artérielle 18. Urines 2.000 gr. Pas d'albuminurie. Selles abondantes par le rectum.

28 décembre. — Pouls 100. Tension artérielle 18. La malade a commencé à manger. Tous les matins un lavement ramenant des selles par le rectum et des gaz par l'anus iliaque ainsi que quelques matières.

30 décembre. — Guérison.

OBSERVATION VI

Observation 662 de 1911 (Clinique Baudelocque.)

Occlusion intestinale au 6^e mois de la gestation par torsion de l'intestin grêle. Laparotomie. Anus artificiel deux jours après. Avortement. Mort.

V-pare, trente-cinq ans, ménagère. Procréateur, quarante-six ans, bourrelier (serait le même).

Entrée au dortoir le 4 mai 1911.

Antécédents héréditaires. — Père mort à soixante et un ans (subitement) (?) Une sœur vivante, 5 frères et sœurs morts en bas-âge (?)

Antécédents personnels. — A marché à (?) Réglée à dix-sept ans, régulièrement huit jours. Premiers rapports à dix-neuf ans. Pas d'antécédents pathologiques.

Gestation et accouchements antérieurs. — 1^o 10 décembre 1896. — Chez sage femme agréée de Saint-Antoine. Sommet spontané, à terme, garçon élevé au sein maternel treize mois. Premières dents à un an. Premiers pas à treize mois.

2^o Mars 1898. — Chez elle. Avortement au cours du deuxième mois (?)

3^o 4 janvier 1900. — Chez elle. Avortement vingt-sept jours après les dernières règles (?)

4^o 5 janvier 1906. — Chez elle. Sommet, spontané, à terme, fille vivante élevée au sein maternel jusqu'à vingt-deux mois. Premières dents à huit mois, premiers pas à vingt-deux mois. Retour de règles vingt et un mois après accouchement.

Gestation actuelle. 4 mai. — D. R. 24 octobre-2 novembre. H. U. 18 centimètres. A travaillé pendant toute sa gestation (cirait des parquets).

Dernier rapport il y a quinze jours. N'a jamais consulté.

Femme âgée de trente-cinq ans, ménagère, ayant eu deux grossesses antérieures ayant évolué normalement et deux avortements : un au cours du deuxième mois, l'autre à vingt-sept jours.

Jusqu'au 2 mai dernier, la gestation a évolué normalement. Le 2 mai, vers 21 h. 30, la femme nous dit qu'étant couchée, elle fut prise de nausées et qu'elle eut un vomissement alimentaire. Quelques instants après, second puis troisième vomissements alimentaires.

Enfin, vers 23 heures, les vomissements sont devenus bilieux, en même temps qu'elle ressentait une vive douleur à l'épigastre. Les douleurs redoublent d'intensité et vers 1 heure, croyant qu'elle accouchait, elle fait venir une sage-femme qui lui fait prendre un lavement laudanisé. Malgré le traitement, elle continue à souffrir jusqu'au 3 mai à 11 heures, quand elle est examinée par son médecin qui lui ordonne le repos absolu et une potion à l'eau chloroformée qu'elle vomit dès la première cuillerée.

Cet état continue jusqu'au 4 mai, lorsque son médecin lui dit que très probablement elle ferait un avortement ; et, comme elle est dans l'impossibilité de se faire soigner chez elle, il lui conseille de venir à la clinique.

Pendant toute la journée elle continue à souffrir, et ses vomissements, toujours bilieux, se répètent à plusieurs reprises. A 2 heures, elle se décide à se faire transporter à la clinique, y arrive à 21 h. 30 et est admise au dortoir.

On constate à l'examen. — H. U. 18 centimètres. Ventre souple ; palpation facile, ne réveillant de douleurs qu'à l'épigastre, immédiatement au-dessus de l'ombilic et du fond utérin. La femme a encore des vomissements bilieux. Au

toucher, le col est normal, occupant le cul-de-sac postérieur du vagin. (Culs-de-sacs vaginaux libres, aucune douleur au toucher ; on perçoit la tumeur utérine libre, lisse et arrondie. Bruits du cœur perceptibles sur la ligne médiane. Pas d'albumine. On prescrit le repos absolu et le régime lacté.

5 mai. — La femme ne tolérant pas le lait on lui prescrit l'eau de Vichy que la femme tolère mieux.

6 mai. — Les douleurs sont un peu moins violentes, mais les vomissements persistent, moins fréquents que les jours précédents.

7 mai. — Même état.

8 mai. — Les douleurs augmentent d'intensité, les vomissements redeviennent très fréquents, la femme se plaint d'une sensation de boule à l'épigastre qui grossit en même temps que les douleurs augmentent. Dès qu'elle vomit et vide son estomac, cette douleur se calme un peu pour reprendre un quart d'heure ou une demi-heure après. Urines peu abondantes, brun acajou, sans albumine. On fait prendre à la femme un lavement, les matières ne sont pas décolorées. Pendant toute la journée la femme est agitée, face et conjonctives légèrement subictériques. Dans l'après-midi, MM. Lacasse et Pottet revoient la femme qui est plus fatiguée et ordonnent une purgation à l'eau-de-vie allemande que la femme rend aussitôt. A 21 heures, M. Pottet examine la femme : ses yeux sont cernés, le nez un peu aminci, lèvres et langue humides, ne présentent rien de particulier. Ventre légèrement ballonné, un peu élargi, étalé, mais très souple, et la palpation ne réveille aucune autre douleur que la douleur primitive à l'épigastre. A la percussion : ventre sonore, matité

hépatique normale. La femme est toujours agitée, et dit ne pouvoir rester sur le dos car elle étouffe. De temps en temps elle se relève pour vomir toujours du liquide vert qu'elle expulse après quelques efforts. Pouls 120, bien frappé. Bruits du cœur fœtal bons. M. Pottet ordonne une vessie de glace sur le ventre et 1 centimètre cube de morphine. Repos absolu.

A 23 heures : la femme souffre encore, mais est beaucoup plus calme. Pouls 120, bien frappé. A 1 heure, les vomissements ont cessé, la femme a pris un peu d'eau qu'elle n'a pas vomi ; elle ne souffre plus.

10 mai. — M. Pinard examine la malade et trouve l'utérus plus petit qu'il ne conviendrait, vu l'âge de la grossesse. Enfant vivant ; tête profondément engagée, appliquée sur le périnée. Ventre légèrement ballonné surtout latéralement avec circulation collatérale. Cette distension des anses intestinales explique le refoulement de l'utérus et de son contenu en bas. Aucune tumeur n'est perceptible dans l'abdomen. On constate un simple point douloureux dans la région épigastrique sans aucune irradiation. Pouls 120, température 36°8. Urines très peu abondantes, très foncées. Pas d'albumine.

Analyse du 10 mai : urines d'apparence ictérique à mousse jaunâtre. Recherche des pigments biliaires nettement positive de la biliverdine, positive pour les acides glycocholique et taurocholique. Présence d'urobiline normale, forte quantité d'indoxyle, couleur scatolique passant facilement dans l'alcool amylique et le colorant en rouge.

La malade n'a pas été à la selle, elle a seulement rendu un lavement (administré le matin) avec quelques matières fécaloïdes. Hoquet et vomissements presque incessants, deve-

nant noirâtres, mais non fécaloïdes. On pense à un obstacle sur l'intestin sans pouvoir en préciser la nature ni le siège. M. Pinard pose l'indication d'une laparotomie dans la soirée si cet état ne s'est pas modifié. A 12 heures, M. Faure fait les mêmes constatations et pose la même indication. A 17 heures, l'état est localement le même, mais pouls 124 et facies moins bon ; on pratique une laparotomie.

Intervention. — Laparotomie médiane sus-ombilicale, milieu de l'incision à l'épigastre. A l'ouverture du ventre on ne trouve pas de liquide ; un paquet d'anses intestinales violacées formées d'intestin grêle si distendues qu'elles atteignent le volume du gros intestin échappent hors de la plaie. On fait une éviscération totale de l'intestin et l'on arrive sur une anse grêle vide et aplatie. Cette anse est séparée des anses distendues par un point rétréci correspondant à un **volvulus intestinal complet**. Il est impossible de préciser le siège exact de cette torsion par rapport au cœcum, mais étant donné le volume de la masse intestinale qu'on a dû extérioriser pour l'atteindre, il est vraisemblable que la torsion siège sur la dernière partie de l'intestin grêle, à 2 centimètres au-dessus du point tordu la séreuse distendue a éclaté transversalement sur une longueur de 1 cm. 5. Un éclatement de même forme et de mêmes dimensions siège beaucoup plus haut sur une des premières anses intestinales distendues. Réintégration dans l'abdomen de l'intestin entouré de compresse après suppression de la torsion. Fermeture en un plan total à la soie par six points séparés ; pas de drainage.

11 mai. — La nuit a été bonne. Les vomissements et la douleur épigastrique ont cessé, facies meilleur, langue humide, subictère diminué, dans la matinée quelques vomisse-

ments jaunes, expulsion de quelques matières liquides peu abondantes par la sonde rectale. Urines 500 grammes. Dans la soirée, quelques brûlures gastriques. Agitation très marquée. Piqûre de 1 centimètre cube de morphine. Ni selles, ni vomissements.

12 mai. — Matin : facies assez bon, langue humide, la malade a rendu un lavement de vin qu'on vient de lui administrer, mais elle n'a pas encore eu de selle véritable. Ni hoquet ni vomissement. Brûlures épigastriques. On lui prescrit de l'eau de Vichy. La femme ne présente pas de vomissements, mais, comme malgré purges et lavements on n'arrive à provoquer aucune selle, comme il ne passe pas de gaz par l'anus, que le ballonnement et le hoquet persistent, que l'état général est mauvais : dyspnée, malaise, sensation du plénitude douloureuse, M. Pinard conseille d'intervenir à nouveau.

15 h. 30 : M. J.-L. Faure, prévenu, décide de pratiquer un anus abdominal. Réouverture de la paroi. M. Faure attire, au dehors une anse grêle très distendue présentant des éraillures multiples de la séreuse. Incision de cette anse qui est préalablement fixée à la paroi par 4 fils de soie. On place un drain dans le bout afférent et le bout efférent : des matières liquides s'écoulent par ce drain. Sérum artificiel : 300 grammes, huile camphrée 2 centimètres cubes.

20 heures : Etat général meilleur, pas de vomissements, l'anxiété et l'agitation persistent. La malade dit qu'elle voudrait dormir. Morphine 1 centimètre cube.

23 h. 30 : Apparition de quelques contractions utérines douloureuses. Morphine 1/2 centimètre cube.

0 h. 30 : Les contractions utérines reparaissent, très vio-

lentes. A 0 h. 40 : expulsion d'un fœtus de 850 grammes qui meurt après quelques mouvements respiratoires. Délivrance trente minutes après l'accouchement par tractions légères sur le cordon en dehors des contractions.

13 mai. — Matin : la femme n'a pas vomi, l'état général est meilleur ; l'écoulement se fait par les drains intestinaux. Soir : état général médiocre.

14 mai. — Matin : mauvais état général. Subictère marqué. Soir : dyspnée, subictère.

15 mai. — Matin : mort.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen : liquide putride en petite quantité autour des anses intestinales ; celles-ci sont rouges et distendues. Adhérences épiploïques nombreuses et très difficiles à détacher de la face antérieure et du fond utérin. Deux paquets épiploïques vont se fixer sur les annexes droites et gauches qui ne paraissent d'ailleurs le siège d'aucune lésion appréciable.

Extérieurement l'utérus est normal. Après éviscération totale entre deux ligatures de la masse intestinale et de l'estomac, on constate, en suivant le tube digestif du pylore au rectum :

1^o Dilatation considérable de tout l'intestin grêle jusqu'à l'anus artificiel ;

2^o A partir de l'anus artificiel, l'intestin est aplati jusqu'à l'anus. Sur cette seconde portion de l'intestin située au-dessous de l'anus artificiel, on trouve à 46 centimètres du cœcum, la trace d'une torsion intestinale ; l'intestin est ecchymotique et présente une légère diminution de calibre en ce point. Le mésentère est normal. Les autres viscères abdominaux sont macroscopiquement sains.

OBSERVATION VII

Observation 837 de 1911 (Clinique Baudelocque.)

Phénomènes de réaction péritonéale au 7^e mois de la gestation
Diagnostic : péritonite appendiculaire. Laparotomie. Pas de
lésions appendiculaires. Symptômes d'occlusion. Interruption
thérapeutique de la grossesse (Ballon intra-utérin de 80 gr.).
Expulsion du fœtus. Guérison.

II-pare, trente-deux ans, concierge. Procréateur, trente-deux ans, garçon de magasin, serait le même.

Antécédents héréditaires. — Père mort à quarante-huit ans de congestion cérébrale. Mère vivante ; un frère et une sœur ; vivants : une sœur morte à dix-huit ans de dothientérie.

Antécédents personnels. — A marché à trois ans. Luxation dite congénitale de la hanche droite pour laquelle elle n'aurait suivi aucun traitement. Depuis a toujours bien marché. Réglée à dix-sept ans, régulièrement trois, quatre jours. Premiers rapports à vingt-six ans.

16 juillet 1907. — **Grossesse antérieure.** — Fille à terme. Accouchement spontané à Baudelocque (luxation congénitale de la hanche droite. Bassin légèrement rétréci), fille vivante 3.100 grammes. Placenta 600 grammes. Première dent à quatre mois. Premiers pas à dix-huit mois. Retour de règles trois mois après l'accouchement.

Gestation actuelle. — D. R. 1-3 novembre 1910. Entre à la clinique le 12 juin à 18 heures. La malade dont la grossesse a été normale, surveillée tous les mois à la consultation, s'est présentée le 10 juin à la consultation pour la dernière fois et l'on n'a rien constaté d'anormal.

11 juin. — Matin : douleurs abdominales généralisées, frissons, vomissements alimentaires, pas bilieux.

12 juin. — Même état. Vers 4 heures, vomissements très abondants, la femme croit perdre les eaux et se présente à la clinique. On constate : H. U. 27 centimètres ; tête en bas, luxation congénitale de la hanche droite. Promontoire accessible. Œuf intact, enfant vivant. Température axillaire 38°6. Pouls 104.

13 juin. — (Examen de M. Pinard). Mauvais état général. Facies grippé, langue sèche. Pouls 90, température 37°6. Ventre nettement douloureux dans la région appendiculaire, sans défense musculaire. Les vomissements ont cessé depuis l'entrée. Pas de gaz. Une selle par lavement depuis l'entrée. Urines foncées, mais ne déposant pas.

13 juin. — 17 heures : Etat général très aggravé, facies franchement péritonéal, langue sèche, température 37 degrés. pouls 107. Etat local analogue à celui du matin. Ni selle ni gaz. Un vomissement vert très abondant. M. Pinard, en présence de l'aggravation de l'état général décide la laparotomie.

13 juin. — 20 heures : Incision de Roux par M. Lacasse aidé de M. Pottet. Anesthésie chloroformique. On trouve un appendice indemne. Pas de liquide dans l'abdomen. On referme sans drainage par trois plans au calgut et crins. Durée vingt minutes. Nuit bonne. Un centimètre cube de morphine, la femme urine spontanément.

14 juin. — Matin : Etat très amélioré, langue humide, urines claires.

Soir : Etat général moins bon, langue sèche, vomissements

chloroformiques. Nuit : bonne ; la femme repose bien, morphine, gaz abondants. Pas de selles.

15 juin. — Quantité totale urines de vingt-quatre heures 600 centimètres cubes. Pouls 100. Gaz abondants, pas de selles. Etat général très médiocre, facies grippé, langue rôtie, lavement de vin. Eau-de-vie allemande. On défait le pansement et l'on constate une **distension considérable des auses intestinales et de la région gastrique** ; l'estomac se dessine sous la peau, le ventre est souple, indolore, la douleur à droite a disparu.

16 juin. — Etat général de moins en moins bon. Un peu d'agitation, langue sèche, pouls rapide, pas de selles, quelques gaz, pas de vomissements. Localement la distension est considérable. M. Couvelaire estime qu'il existe vraisemblablement un obstacle sur l'intestin grêle, haut situé ; le ventre n'est pas étalé latéralement et l'on voit l'estomac et les anses grêles se dessiner sous la peau.

M. Pinard propose d'évacuer l'utérus aussi rapidement que possible. Le col étant perméable, M. Pottet rompt les membranes et introduit un ballon de 80 gr. entre la tête et l'utérus. Celle-ci étant engagée, le ballon remonte au-dessus d'elle et se coince entre l'arc antérieur du bassin et la tête ; quelques contractions utérines rares. Vers 14 heures contractions sur le ballon. A 16 heures, on se dispose à manœuvrer le ballon et à le remplacer par un plus gros ; mais le ballon est tellement coincé que la pince qui le ferme étant retirée, il ne se vide pas. On est obligé d'aller l'ouvrir aux ciseaux à bout de doigts, au-dessus de la tête. A ce moment, le ballon étant retiré, la tête appuie bien sur l'orifice cervical et l'on escompte l'accouchement spontané. En

effet les contractions deviennent de plus en plus fréquentes, et à 20 heures, expulsion spontanée d'un fœtus de 1.380 gr. Trente minutes après, délivrance spontanée, placenta 310 gr. Emission de glaires et de sang. Urines, pas de gaz. Urobiline en quantité.

17 juin. — Matin : Etat général très amélioré. Pouls 76, bon, température 37°5. Langue humide, le ballonnement a considérablement diminué, mais quelques anses grêles se dessinent encore sous la peau.

Lavement sans résultats. Urines 250 grammes, une partie dans les selles (?)

18 juin. — Huile de ricin, 4 gardes-robes abondantes mélangées d'un peu de sang et de glaires, un léger ballonnement persiste. Etat général excellent.

19 juin. — Très bon état général ; toutes les fonctions s'accomplissent normalement.

23 juin. — Ablation des fils.

7 juillet. — La femme sort guérie.

OBSERVATION VIII

Observation 1366 de 1913 (Clinique Baudelocque.

Kyste de l'ovaire droit obstruant le bassin et empêchant l'engagement de la tête fœtale. Laparotomie sus et sous-ombilicale au moment du travail. Opération césarienne conservatrice, extirpation du kyste qui s'est rompu spontanément au moment de l'opération. Enfant vivant de 3.150 grammes n'ayant pas rendu de méconium quarante-cinq heures après la naissance : anus iliaque gauche contre nature.

Mort de péritonite septique suraiguë le quatrième jour.

N° de l'accouchement 1366. Date de l'entrée au dortoir le 25 septembre, à la salle de travail le 26 octobre.

Antécédents héréditaires. — Père mort à quarante-six ans d'affection hépatique, mère vivante, un frère vivant.

Antécédents personnels. — A marché à (?) toujours bien. Réglée à treize ans, irrégulièrement quant à la périodicité durée deux jours. Premiers rapports à vingt et un ans.

Primipare de vingt-trois ans, blanchisseuse. Père, vingt-sept ans, blanchisseur.

Date des dernières règles du 8 au 10 janvier.

Hauteur utérine 38 centimètres à l'entrée, 40 centimètres au moment de l'opération.

Age de la grossesse : à l'entrée dans le service, neuvième mois ; au moment de l'accouchement peut-être à terme. Se repose depuis un mois à la clinique. Dernier rapport : quinze jours avant. Pas d'albuminurie.

Examen. — Primipare de vingt-trois ans, ayant eu ses dernières règles du 8 au 16 janvier. Entrée à la clinique le 25 septembre. H. U. 38 centimètres. Ventre surdistendu. Palper : tête en bas, élevée au moins à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, mobile, projetée en avant, dos à gauche. Auscultation bonne, à gauche et en arrière. Il est impossible par le palper de faire entrer en contact la tête avec l'aire du D. S. Par le toucher on arrive sur une tumeur accessible dans le cul-de-sac postérieur du vagin ; sa consistance mal définie paraît être kystique sans cependant que l'on puisse l'affirmer. Cette tumeur ne pointe pas franchement au niveau du Douglas. Entre elle en arrière et la paroi vaginale antérieure et le pubis en avant, se trouve constitué un

défilé très étroit dont le fond très loin à bout de doigt est occupé par le col de l'utérus, petit, fermé, et à la fois sus et rétro-pubien. M. Couvelaire fait le diagnostic de tumeur enclavée dans le Douglas, et repoussant la tête fœtale en haut et en avant ; probablement tumeur kystique. On décide d'attendre pour intervenir le début du travail.

25 octobre. — 8 heures du soir : apparition des premières contractions utérines, douloureuses, espacées tous les quarts d'heure, qui cessent vers quatre heures du matin. Perte de glaires sanguinolentes.

26 octobre. — 9 heures du matin : les contractions utérines douloureuses reparaissent.

Examen de M. Potlet : le ventre est souple dans l'intervalle des contractions. Le toucher montre que la tumeur présente les mêmes caractères que pendant la gestation. Le col est fermé, les membranes intactes. Les bruits du cœur sont bons. Les contractions sont de plus en plus rapprochées.

À 3 heures du soir, M. Couvelaire confirme cet examen et décide d'intervenir immédiatement.

La femme est anesthésiée au chloroforme.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale de 23 centimètres environ. Dès l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule du liquide citrin en assez grande quantité. L'utérus est extériorisé. A ce moment, on aperçoit derrière lui et à droite, la poche à parois épaisses d'une tumeur affaissée. La femme pousse beaucoup et chasse son intestin à l'extérieur ; on le protège avec des compresses stériles, et après l'avoir réintégré dans l'abdomen, on le recouvre de champs opératoires.

Incision de l'utérus sur la ligne médiane. Extraction d'un

foetus vivant de sexe masculin du poids de 3.550 gr. Le placenta et les membranes sont décollés avec des compresses stériles. Placenta 480 grammes. Suture de la paroi utérine : surjet musculo-muqueux au catgut n° 2. A 4 centimètres de l'extrémité supérieure de la plaie, le catgut déchire le tissu utérin qui saigne un peu, quoique l'utérus soit bien contracté. Un deuxième plan de sutures musculo-séreuses est formé par des points séparés profonds, au catgut n° 2. Dans l'intervalle de ces points, on met quelques points superficiels au catgut. L'utérus est à ce moment mou et se laisse distendre par le sang qui s'écoule de sa cavité. On fait une injection d'un centimètre cube de solution d'ergotine.

On recouvre l'utérus de champs opératoires et on le rabat vers l'extrémité inférieure de la plaie abdominale. Cette manœuvre met à jour les annexes droites et la poche kystique affaissée dans le Douglas. On la soulève et on pince son pédicule entre deux pinces Clamps et par deux coups de ciseaux, elle est enlevée. Double ligature à la soie du pédicule utéro-ovarien, que l'on renforce dans sa partie inférieure par une deuxième ligature, placée un peu plus haut, au catgut n° 2 ; un drain 40 est placé dans le cul-de-sac vésico-utérin et la plaie abdominale est fermée après réintégration de l'utérus dans l'abdomen. Surjet péritonéal au catgut n° 2. Plans cutanés musculo-aponévrotiques par des points séparés à la soie n° 4. Points intermédiaires à la soie. Le drain est fixé à la peau avec un crin de Florence.

L'utérus se contracte mal ; on fait une deuxième piqûre d'ergotine. Le pouls de 80, monte à 100, 110, 116. M. Couvelaire introduit la main gantée dans le vagin et dans la cavité utérine et extrait des caillots de sang. Aussitôt après

l'extraction des caillots, l'utérus est bien contracté et le poulx redescend progressivement à 90 et 86 ; il est plein et bien frappé, toute hémorragie est arrêtée.

La poche kystique, à parois épaissies, et irrégulières comme épaisseur, présente plusieurs loges.

26 octobre. — 10 heures du soir : 1 centigramme de morphine sous-cutané.

27 octobre. — 3 heures du soir : 1/2 centigramme de morphine ; à 10 heures : 1/2 centigramme. La femme a uriné 300 grammes depuis son opération ; elle n'a eu ni selles ni gaz.

28 octobre. — Matin : urines 600 grammes, couleur foncée, très chargées. La femme ne rend pas de gaz ; elle n'a pas eu de selles. Ablation du drain ; liquide rosé.

29 octobre. — Le matin on donne une purgation de 30 gr. d'huile de ricin qui reste sans effet. Le ventre est très distendu ; ballonnement sus-ombilical ; estomac se dessinant sous la peau ; pas de péristaltisme appréciable. Le soir : poulx 140, température 37 degrés, dyspnée, adynamie, cyanose des extrémités.

M. Couvelaire pratique sous chloroforme, une incision dans la fosse iliaque droite, dans l'hypothèse d'une occlusion mécanique : liquide rosé, pas de distension du cœcum. Diagnostic : péritonite septique diffuse. Drainage médian et latéral.

Mort le 30 octobre au matin.

Enfant : garçon de 3.150 grammes. Longueur 49 centimètres. Diamètres de la tête : O. M. 13,2. OF. : 12,4. SOB : 9,2. SOF. : 10,1. BiP : 0,4. BiT : 8,6. SMB : 13,3. Circonférences de la tête : 35/32.

Placenta : discoïde de 480 grammes, avec dépôts calcaires

sur la face utérine. Membranes complètes. Insertion presque centrale. Longueur du cordon 53 centimètres.

Le ventre de l'enfant est anormalement distendu, et par la palpation, on ne perçoit ni la rate ni le foie, de même qu'il est impossible de les bien délimiter par la percussion.

Le 28 octobre au matin, quarante heures après la naissance, l'enfant n'a pas rendu son méconium. M. Couvelaire pratique le cathétérisme du rectum avec une sonde de Nélaton, qui pénètre jusqu'à environ 5 centimètres et conseille de pratiquer un anus contre nature, si l'enfant ne rendait pas son méconium dans l'après-midi. A 4 heures du soir, le ventre est extrêmement distendu et dur. M. Pottel, après anesthésie de l'enfant avec quelques gouttes de chloroforme, fait une incision de 4 centimètres dans la fosse iliaque gauche, près de l'épine iliaque antéro-supérieure. Du liquide ascitique citrin s'écoule. Les anses intestinales sont distendues. La plus proche est saisie avec une pince et amenée à la peau. On la fixe par quatre points cardinaux à la soie n° 1. La plaie cutanée est refermée aux crins. On ouvre l'intestin d'un fort coup de ciseaux et on constate qu'il est rempli de méconium concrété. Les bords de la plaie intestinale sont fixés avec des soies à la peau. Dans l'intestin, on glisse un petit drain en caoutchouc.

Mort le 29 octobre.

Fiche du laboratoire : Tous les organes sont investis. Dans la cavité thoracique le cœur est médian. Dans la cavité abdominale, l'estomac siège à droite, le foie à gauche ; la rate est au-dessus de l'estomac à droite. Les anses intestinales sont agglutinées, mastiquées en certains points par des membranes d'inflammation. Péritonite.

Au niveau de l'incision faite au flanc gauche : adhérence de l'intestin grêle.

Tout le duodénum, une grande partie du jéjunum sont dilatés, remplis de matières, principalement dans le segment intestinal adhérent à l'incision de la paroi abdominale. A partir de ce point, sur un trajet de 20 centimètres environ, la dilatation intestinale diminue progressivement et conduit à un iléon petit, très contracté, très contourné sur lui-même et dont les anses sont pelotonnées sous la face inférieure du foie, à gauche. L'appendice vermiculaire est de calibre très réduit (plume d'oie environ), le colon ascendant est à droite.

OBSERVATION IX

Observation 1446 de 1913 (Clinique Baudelocque.

*Primipare à terme. Accouchement au forceps. Anus iliaque.
Mort.*

Primipare à terme. Accouchement au forceps. Anus iliaque.
Mort.

I-pare, trente-cinq ans, lingère. Procréateur, quarante ans, doreur.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à quarante-neuf ans. Père vivant, deux oncles morts d'embolie ; un frère vivant.

Antécédents personnels. — A marché à (?) Bien réglée quatre, cinq jours à partir de treize ans. Premiers rapports à trente-trois ans. Asthme à quatorze ans. A vingt et un ans, ulcère de l'estomac, trois ans de traitement. Depuis deux ans, deux métrorragies au moment des règles en juillet 1910 et décembre 1911. Après un retard de règles de six

semaines les règles sont plus abondantes, durée sept à huit jours.

Gestation actuelle — D. R. 13, 18 mars 1911. H. U. 37 centimètres. Dernier rapport 1^{er} novembre. Pas d'albumine. Nombreux fibromes du fond utérin. Volumineux fibrome au niveau du segment inférieur.

Entrée au dortoir le 22 novembre.

2 décembre. — Deux noyaux fibromateux, dont un volumineux et douloureux en bas au niveau du segment inférieur en avant. Tête fœtale dans la fosse iliaque droite ; fœtus arc-bouté sur lui-même. Foyer d'auscultation à droite et au-dessus de l'ombilic. Col dévié à droite.

3 décembre. — Pose d'une ceinture.

19 décembre. — Début du travail à 9 heures. Rupture précoce de la poche des eaux. Forceps à 18 h. 30.

23 décembre. — 9 h. 30 : écoulement sanguin. Injection vaginale prolongée. Tendances syncopales. Révision de l'utérus par M. Lévy. Caillots abondants. Huile camphrée, caféine, sérum artificiel, grog, oxygène.

11 heures : utérus bien rétracté. Pouls 120.

13 heures : dyspnée violente, tendance syncopale. P. 120.

14 heures : caféine.

15 heures : violent point de côté à droite. Ventouses. Huile camphrée. Pouls 120, mieux frappé.

16 heures : ventouses. Pouls 112, 116, bien frappé, régulier.

17 h. 30 : ventouses, huile camphrée. Pouls 112, bien frappé.

24 décembre. — Anus iliaque pour occlusion intestinale par MM. Faure et Lévy.

Décédée à 15 h. 30.

OBSERVATION X

Observation 252 de 1915 (Clinique Baudelocque.)

Accouchement prématuré au cours du 9^e mois. Femme amenée de la ville étant malade depuis plusieurs jours et soignée en ville pour grippe infectieuse. Péritonite suppurée diffuse. Laparotomie et colpotomie le 23 février. Mort le 3^e jour après l'accouchement.

Primipare, vingl-deux ans, ménagère. Procréateur, vingt-neuf ans, Garde Republicain.

Antécédents héréditaires. — Parents vivants, un frère vivant

Antécédents personnels. — Elevée au sein maternel. A toujours bien marché. Réglée à treize ans, régulièrement cinq jours. Premiers rapports à vingt et un ans. Pas d'antécédents pathologiques.

Gestation actuelle. — Dernières règles : 26-31 mai 1914 ; dernier rapport en janvier 1915. Albuminurie pendant la gestation.

20 février. — Cette femme est amenée à la clinique le 20 février 1915 à 8 heures. Rien de particulier au point de vue obstétrical. Rupture prématurée des membranes le 20 février 1915 à 5 heures. Accouchement spontané d'un enfant vivant de 2.400 grammes (placenta 480 gr.), mort le 21 à 15 h. 45 après hémorragies par la bouche et le nez et cyanose.

Au point de vue général cette femme dit avoir été malade depuis quelques jours. Soignée chez elle pour grippe, langue saburrale, douleurs généralisées, facies cyanosé, lèvres violettes, dyspnée, température 38°6, pouls 116.

Diarrhée fétide, vomissements alimentaires et bilieux depuis

plusieurs jours. Après l'accouchement la diarrhée a persisté toute la journée du 20 et du 21.

21 février. — Température vespérale 40 degrés. Pouls 140 ; état général mauvais, la malade est transportée à l'isolement, douleurs abdominales violentes généralisées.

22 février. — Température 38°6, pouls 120. Ballonnement considérable du ventre qui est moins douloureux que la veille (glace sur le ventre). Persistance des vomissements, arrêt des matières et des gaz.

23 février. — La malade est vue par M. Couvelaire qui, en présence des symptômes de péritonite et de l'arrêt des gaz décide l'intervention.

Laparotomie le 25 à 11 h. 1/2. Incision sous-ombilicale de 5, 6 centimètres. A peine la cavité abdominale ouverte, il s'échappe du pus clair, granuleux en grande quantité.

Deux gros drains 60 sont placés de chaque côté, lavages abondants de la cavité péritonéale à l'éther par les drains, l'opération abdominale est complétée séance tenante par une colpotomie, évacuation d'une grande quantité de pus, drainage, lavage abdomino-pelvien à l'éther, pansement. Dans la soirée, il se produit une accalmie de tous les symptômes. Ventre moins douloureux, température 39 degrés. pouls 120, 130 ; émission de gaz. Dans la nuit délire, température 41 degrés, pouls incomptable. Mort à 3 heures du matin.

OBSERVATION XI

Observation 853 de 1920 (Clinique Baudelocque.)

Mme V..., trente-deux ans.

Père mort de tuberculose pulmonaire à quarante ans.

Mère morte de néo du foie à quarante-huit ans. Un frère mort de tuberculose et dysenterie à vingt-deux ans.

Réglée à onze ans, tous les mois pendant cinq à six jours, avec une avance de quatre jours chaque fois, et avec quelques petites douleurs avant l'apparition de l'écoulement. Mariée à vingt-cinq ans (10 mai 1913). Pas de modifications des règles, sauf douleurs un peu plus vives dans les cinq ou six jours qui précédaient l'écoulement sanguin.

Deux gestations : première gestation terminée par accouchement le 19 avril 1916 d'un enfant vivant s'étant présenté par le siège complet. Allaitement pendant neuf mois. Retour de règles ! après la cessation de l'allaitement.

Deuxième gestation terminée par accouchement en juillet 1919, siège décomplété mode des fesses : spontané.

Enfant vivant. Allaitement au sein pendant six mois interrompu par une grippe. Retour de règles après la cessation de l'allaitement.

Troisième gestation : dernières règles 31 mars au 3 avril.

18 mai. — Métrorragie jusqu'au 28 mai, aussi abondante chaque jour que les règles habituelles, mais sang plus « gluant », plus foncé et contenant quelques caillots.

Depuis, aucun écoulement sanguin ; mais chaque jour pertes jaunâtres.

Fin juillet, ne sentant pas remuer, elle consulta une doctoresse qui diagnostiqua « tumeur greffée sur une grossesse ».

Mise en observation à Baudelocque le 2 août 1920 on constata (Dr Lévy-Solal et Eudes) : adipose, insuffisance de la paroi abdominale, abdomen un peu augmenté de volume ; déchirure ancienne du périnée. Col gros, mou, entr'ouvert,

oblique d'arrière en avant, de gauche à droite et de haut en bas.

A droite, masse du volume du poing, un peu molle, paraissant être l'utérus. A gauche, grosse masse du volume d'une tête de fœtus à terme, mobile, non douloureuse, rénitente, irrégulière, avec petit noyau dur à la partie postéro-inférieure.

Constipation. Température 37°5. Pouls 84.

On pense à l'existence d'un fibrome pédiculé chez une femme qui a probablement fait un avortement.

Repos absolu au lit. Injections chaudes bi-quotidiennes. Lavements.

16 août. — Col gros, mou, entr'ouvert. L'utérus en latéro-flexion droite, paraît moins volumineux que précédemment.

A gauche, persistance de la grosse masse, mobile, qui n'a pas changé de caractères.

La malade se trouve très bien.

18 août. — La malade rentre chez elle.

Dans la nuit du 22-23 août, la malade a brusquement une crise douloureuse, localisée à gauche. Son médecin habituel conseille cataplasme chauds sur le ventre, et fait appeler le Dr Eudes.

Examen. — Température normale. Pouls 72-80. A été une fois, la nuit à 96. La malade a uriné et est allée à la garde-robe. Ventre tendu, douloureux, rendant la palpation et l'examen difficiles.

Col gros, mou, entr'ouvert. Utérus gros à droite, avec à gauche, tumeur rénitente, volumineuse, reliée à l'utérus par un pédicule paraissant large comme trois doigts et présentant à la partie postéro-inférieure, un petit noyau dur, du vo-

lume d'une noix.

Traitement prescrit : repos absolu au lit. Glace sur le ventre. Injections bi-quotidiennes. Petit lavement chaud à garder. Diète.

23 et 24 août. — Sédation. Amélioration notable. Dans la nuit du 24 au 25 vomissements verts, peu abondants, mais fréquents.

Transport dans maison est conseillé pour ablation de la tumeur.

En attendant : diète absolue ; quelques fragments de glace à sucer sont seuls permis.

Nuit du 25 au 26 : les vomissements cessent.

26 août. — Matin : transport dans maison de santé.

Examen de M. Couvelaire : la malade se sent mieux, n'a plus le facies grippé. Température et pouls normaux. Ventre souple. Tumeur légèrement douloureuse à la pression et indépendante de l'utérus hypertrophié, de consistance mollassse avec col extrêmement mou.

Diagnostic. — Fibrome à pédicule tordu avec utérus peut-être gravide ou gestation ectopique.

2 septembre. — Chloroforme : Dr Chalibert. M. Couvelaire aidé de M. Eudes fait la laparotomie médiane sous-ombilicale. On arrive immédiatement sur une tumeur lisse, recouverte de sang brunâtre, comme il en existait dans la cavité péritonéale. Extériorisation de la tumeur dont le pédicule était tordu de 45 degrés. Pincement, section et ligature du ligament rond, du pédicule tubo-ovarien gauche. Section du pédicule reliant la tumeur gauche à l'utérus, qui est à droite. Pas d'hémorragie. Suture de la plaie ainsi formée par un surjet au catgut n° 1. Fermeture de la paroi enttrois plans.

Les suites opératoires étaient simples, quand le lendemain la malade présente un énorme ballonnement et des douleurs abdominales, un état général mauvais, anxiété avec température 38°4 et pouls petit à 140. Etat nauséux permanent. Pas d'ictère. Distension gastrique et un vomissement vert noirâtre.

Décubitus ventral et lavage de l'estomac firent tout rentrer dans l'ordre. Il s'agissait d'une parésie intestinale aiguë post-opératoire.

La convalescence s'acheva sans incident nouveau.

La malade va très bien actuellement.

OBSERVATION XII

Observation 1972 de 1920 (Clinique Baudelocque.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier à signaler.

Antécédents personnels. — Elevée au sein maternel. A fait ses premiers pas à douze mois. Réglée depuis l'âge de quatorze ans, régulièrement.

Grossesses antérieures. — En octobre 1919 a fait un avortement au cours du troisième mois après les dernières règles.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles datent du 1^{er} au 4 février. Pendant sa gestation n'a jamais présenté d'albumine.

8 novembre. — 8 heures : rupture des membranes.

9 novembre. — 22 heures : début des contractions utérines douloureuses. Travail intermittent du 9 au 12.

12 novembre. — 21 heures : contractions utérines régulières. Utérus déjeté à gauche par la masse intestinale. Température 38 degrés, pouls 90.

Au toucher : la tête est engagée, orientée en G. T. Le col est dur. Il s'écoule un peu de liquide teinté de méconium. Pendant les contractions, la tête appuie sur le col. La dilatation progresse lentement ; mais les bruits du cœur se modifient par intermittences, tantôt très rapprochés, tantôt très ralentis.

13 novembre. — 3 h. 15 : application de forceps en G. T. La rotation s'effectue assez facilement sous l'influence des tractions continues effectuées vers le col. Lorsque la tête apparaît à la vulve, les épaules sont retenues au détroit supérieur. Le dégagement de épaules présente des difficultés : on est obligé d'abaisser le bras postérieur. Le périnée se déchire et le cordon qui fait une circulaire autour du cou et du tronc n'a plus de battements. Le bras postérieur étant dégagé, l'épaule antérieure apparaît au-dessus de la symphyse pubienne, et l'extraction du fœtus se fait facilement. Le fœtus ne présente aucun signe de vie. Les voies respiratoires sont obstruées de méconium et l'enfant ne peut être ranimé.

Aussitôt après l'expulsion du fœtus, il se produit une hémorragie abondante. L'utérus est mou et le pouls bat à 120. On pratique la délivrance artificielle. Après une injection intra-utérine chaude, l'utérus se contracte bien et la femme ne perd plus.

On fait une périnéorrhaphie au catgut pour réparer la brèche périnéale qui n'intéresse pas le sphincter anal.

13 novembre. — 8 heures : température 38°5. Sérum artificiel 500 grammes, 80 centimètres cubes de sérum anti-streptococcique et 2 centimètres cubes d'huile camphrée.

14 novembre. — Insomnie. Pas de céphalée. Nombreux ren-

vois et gaz durant toute la nuit. Météorisme abdominal et sonorité à la percussion. Huile camphrée 3 centimètres cubes Purgatif rendu immédiatement après ingestion.

15 novembre. — A bien reposé la nuit. Météorisme très marqué. Pas de température. Pouls 106 .

La malade présente deux syndromes :

a) Hépatique avec urines acajou ; réaction de Gmelin négative ; teint plombé subictérique ;

b) Météorisme avec ballonnement extraordinaire du ventre, température basse, pouls bien frappé aux environs de 100 ; nausées, renvois et gaz ; paralysie du tube digestif. Circonférence abdominale 102 centimètres.

Décubitus ventral et lavage d'estomac.

15 novembre. — 16 h. 30 : pouls à 100. Mensuration de l'abdomen 98 centimètres.

16 novembre. — Urines foncées, acajou ; réaction de Gmelin positive. Circonférence de l'abdomen 95 centimètres.

17 novembre. — Pas de montée laiteuse. A bien reposé la nuit.

18 novembre. — Huile de ricin 30 grammes.

19 novembre. — Urines pas claires.

20 novembre. — Rien à signaler.

24 janvier. — La femme est partie chez elle et s'est couchée pendant huit jours encore, sous la surveillance d'une garde. Elle est morte d'embolie le premier jour où elle s'est levée.

OBSERVATION XIII

N° 2 de 1921 (Clinique Baudelocque.

Primipare de vingt et ans sans antécédents. Réglée à quinze ans, trois à quatre jours. Dernières règles fin mars. Entre au dortoir le 25 décembre, au neuvième mois.

A l'examen. — Stigmates de rachitisme très atténués (courbure des tibias). Utérus de consistance normale, très développé à droite. Fœtus disposé longitudinalement, dos à droite, tête au-dessus de l'aire du D. S. Promontoire accessible à bout de doigt. Bruits du cœur perçus.

1^{er} janvier 1921. — 5 h. 35 : rupture tempestive de la poche des eaux (liquide fortement teinté de méconium). B. du C. 112. Tête engagée.

6 heures : B. du C. 140.

6 h. 10 : B. du C. 138.

6 h. 20 : B. du C. 108.

6 h. 25 : B. du C. 138.

6 h. 30 : B. du C. 100.

Les bruits du cœur, après s'être modifiés, sont reconnus à peu près normaux, et ont persisté normaux jusque vers 8 heures ; puis nouvelles modifications. La tête en contact avec le périnée, ne progresse plus. La femme ne fait que des efforts expulsifs insignifiants.

8 heures : Application de forceps sous anesthésie. La tête est difficile à orienter à cause d'une bosse sanguine volumineuse qui masque les sutures et fontanelles au niveau des régions facilement accessibles. Mais en introduisant la

main, on perçoit la fontanelle antérieure en D. T., la fontanelle postérieure sur le même plan en G. T. Les épines sciatiques sont saillantes. Le promontoire est accessible à bout de doigt. Les lignes innommées sont de petite courbure, et le bassin paraît généralement rétréci.

L'application de forceps est rendue difficile par le promontoire sans pouvoir rester à la place qu'elle devrait occuper. cuillère postérieure qui glisse à droite ou à gauche du promontoire sans pouvoir rester à la place qu'elle devait occuper. Impossible absolument de faire tourner la tête en G. A.

Prise oblique d'une bosse frontale à la suture pariéto-occipitale opposée. Extraction difficile, progression lente. Le forceps dérape deux fois.

8 h. 30 : Extraction d'un fœtus qui dès sa sortie fait un mouvement inspiratoire. Battements du cœur perceptibles. Ranimé après trois quarts d'heure.

Délivrance artificielle pour hémorragie immédiate après l'extraction. Injection intra-utérine à l'aniodol après irrigation vaginale. La muqueuse vaginale est lésée seulement sur 2 centimètres de longueur sur la ligne médiane (2 catguts). Le sphincter est intact (3 crins de Florence).

2 janvier 1921. — Douleur abdominale à gauche. Glace sur le ventre.

5 janvier 1921. — On examine attentivement la femme. Elle se plaint de douleurs abdominales prédominant à gauche. À la palpation de la paroi abdominale, on constate que celle-ci est souple.

L'utérus est gros ; la pression le long de ses bords réveille une vive douleur. En même temps, on constate, à la palpation profonde qu'il existe une induration, une masse profon-

dément située, mal délimitée, semblant être située sur le bord latéral gauche de l'utérus, s'étendant dans la fosse iliaque, complètement mate à la percussion. La pression au niveau de cette induration provoque une sensation douloureuse.

Le début de l'affection est le suivant : la femme est accouchée le samedi 1^{er} janvier ; le lendemain elle a éprouvé de vives douleurs dans toute la cavité abdominale. Elle n'a jamais eu de frisson. Une vessie de glace fut mise sur la paroi abdominale. Mais lundi déjà, la malade dit que la douleur qu'elle éprouvait se localisait à gauche.

4 janvier. — Elle est passée à l'isolement.

6 janvier. — La femme présente dans la partie haute de la fosse iliaque gauche, une masse du volume d'un poing, dure, au niveau de laquelle la percussion non profonde donne de la sonorité douloureuse, mais moins qu'hier, et paraissant indépendante de l'utérus, ainsi qu'on peut s'en rendre compte en faisant coucher la femme sur le côté droit : un sillon assez large apparaissait alors entre l'utérus et cette tuméfaction.

Toucher : le cul-de-sac latéral gauche est tout à fait libre. On n'accède pas à la tuméfaction de la fosse iliaque gauche.

La femme est mise en position ventrale à cause du météorisme abdominal ; et on lui met une sonde rectale pendant vingt-quatre heures.

Le lendemain, amélioration ; purgation à l'huile de ricin.
Guérison.

OBSERVATION XIV

Maucelaire et Tissier (*Annales de Gynécologie et obstétrique*,
Paris, 1913, p. 378).

Accidents péritonéaux et pseudo-occlusion intestinale au cours de la grossesse.

Mme N..., primipare de trente ans, enceinte de sept mois et demi environ, fut amenée le 28 janvier au matin, le ventre extrêmement ballonné, vomissant des matières noires et verdâtres, n'ayant depuis plus de vingt-quatre heures rendu par le rectum, ni gaz, ni matières sans hyperthermie, mais avec un pouls presque incomptable.

Facies profondément altéré ; vomissements porracés incessants ; le ventre tellement météorisé que toute palpation était impossible. On entendait assez nettement les bruits du cœur fœtal. Au toucher vaginal, il y avait effacement du col et début de dilatation : une petite tête fœtale était atteinte à bout de doigt à la partie supérieure de l'excavation. Le rectum était rempli de scybales assez haut situées. Pas d'albuminurie.

Sous l'action des lavements, le rectum fut débordé et des gaz abondants furent expulsés. Puis les contractions utérines se succédèrent assez rapprochées jusqu'à 7 h. 3/4 ; la dilatation étant alors suffisante, on put extraire au forceps une fille vivante de 2.000 grammes.

Néanmoins les vomissements verdâtres persistaient, le ventre toujours aussi distendu, le halètement de la malade était considérable, le teint toujours mauvais. Pouls à 132 et température à 36°8.

Le Dr Mauclaire estima qu'il était en ces conditions imprudent de temporiser davantage, et, à 9 heures pratiqua une incision exploratrice sur la ligne médiane, au-dessus du pubis, pensant que dans le doute, il ne fallait pas s'abstenir d'une exploration.

Cette large boutonnière laissa voir des anses intestinales très distendues, un peu vascularisées. Dans le pubis, il y avait un peu de sérosité peu louche. Mais il ne s'agissait pas de péritonite suppurée.

Deux drains furent mis en place pour drainer le Douglas, et l'abdomen fut refermé. Le Dr Mauclaire ne jugea pas opportun de compliquer son intervention en recherchant par tout le ventre très difficilement explorable la cause d'une occlusion très incertaine ; il n'estima pas non plus nécessaire de pratiquer un anus iliaque ; il pensait à une péritonite tout au début de nature indéterminée. En l'espèce la suite des événements lui donna raison. Tous les phénomènes si impressionnants du premier jour ont graduellement disparu.

Mère et fille sont à ce jour très bien portantes et vont incessamment en très bon état quitter l'hôpital.

OBSERVATION XV

Lévy-Klotz, Cunéo et A. Pinard (*Annales de Gynécologie*, 1913, p. 372). *Un cas d'occlusion intestinale pendant la gestation (7^e mois environ). Laparotomie, anus cœcal, continuation de la gestation.*

Mme V..., âgée de vingt et un ans, bien portante, périodiquement bien réglée, se marie le 17 octobre 1909, n'ayant pas été menstruée en novembre, elle va consulter le Dr Lévy-

Klotz au commencement de décembre. Le diagnostic de gestation au début ayant été fait, l'examen des urines décèle la présence d'une certaine quantité d'albumine.

Bien que se demandant si l'albuminurie est la conséquence d'une auto-intoxication gravidique précoce, ou d'une affection antérieure de l'appareil urinaire, le régime lacté absolu fut conseillé et suivi rigoureusement.

La quantité d'albumine restant stationnaire, le Dr Lévy-Klotz conduisit sa cliente, le 4 avril chez le professeur Pinard. Celui-ci, après examen de l'état local et de l'état général, conseilla de continuer l'usage du régime lacté absolu. Ce régime fut suivi, disons-le de suite, pendant toute la durée de la gestation, et cela pendant que l'albuminurie persista, mais en quantité considérable et stationnaire. A part cette albuminurie, l'évolution de la gestation fut tout à fait normale. L'état général reste très bon, et la physiologie florissante jusqu'au 22 mai.

Dans la nuit du 22 au 23 mai, subitement, quelques instants après un rapprochement sexuel, Mme V..., éprouva des douleurs assez vives dans le ventre, douleurs s'accompagnant d'envies d'uriner fréquentes et impérieuses.

Appelé, le Dr Lévy-Klotz se rend près de la malade villégiaturant à Montmorency, le 23 au matin. Déjà les mictions sont moins fréquentes et moins impérieuses, mais il existe encore des contractions utérines douloureuses.

L'examen démontre que la tête est profondément engagée et le col en voie d'effacement. Le repos absolu au lit et des lavements laudanisés sont ordonnés.

Le 24, le cortège symptomatique du début de travail est moins assuré. Les contractions utérines douloureuses

sont moins fréquentes. Les modifications du col ne sont pas accentuées. Le malade urine normalement et a eu **une garde-robe spontanée**.

Le 25, même état le matin, et tout semble faire croire que l'accouchement prématuré pourra être évité. Dans l'après-midi, le Dr Lévy-Klotz est rappelé d'urgence, l'entourage croyant l'accouchement imminent. Mais l'examen démontre qu'il n'en est rien, et que les souffrances abdominales ne sont pas dues à des contractions utérines.

En effet, le tableau symptomatique est tout autre que le matin. Le facies est grippé, l'abdomen a pris en quelques heures un développement considérable. La percussion de la paroi abdominale fait entendre un son tympanique partout. La palpation rendue très difficile par l'hyperesthésie de la paroi ne permet pas de percevoir et de limiter le globe utérin, comme il était facile de le faire le matin. Etat nauséux, plaintes continuelles. La température normale, le matin, est à 38°5, le pouls varie autour de 100 pulsations.

Pensant au début d'une péritonite, le Dr Lévy-Klotz appelle de suite en consultation, le professeur Pinard. Celui-ci, en présence des symptômes décrits ci-dessus, après avoir constaté qu'il n'y a pas de modifications du col, mais que le segment inférieur est comme tassé dans l'excavation par une force s'exerçant de haut en bas sur l'utérus, après avoir assisté à des vomissements se montrant alors pour la première fois, vomissements porracés et non fécaloïdes, conclut nettement à la nécessité d'une intervention aussi prochaine que possible. Et cela, bien que le diagnostic fût oscillant entre une obstruction intestinale pure, ou avec appendicite, la palpation semblant faire naître une douleur

plus accusée à droite au niveau de la région appendiculaire.

Cette opinion fut agréée par la famille et Mme V..., fut transportée dans une maison de santé, où elle fut opérée le même jour, à 10 heures du soir, par le Dr Cunéo.

Note relative à l'opération, rédigée par M. Cunéo. —

« Je fus appelé le 25 mai au soir pour examiner Mme V..., qui, en état de gestation depuis sept mois et demi environ, présentait depuis quelques jours des signes d'occlusion intestinale (arrêt de matières et des gaz, vomissements porracés mais non fécaloïdes, ballonnement considérable du ventre). En raison d'une légère élévation de température et d'un peu de sensibilité dans la fosse iliaque droite, le diagnostic pouvait hésiter entre une occlusion intestinale d'origine mécanique ou une pseudo-occlusion par paralysie intestinale, symptomatique d'une péritonite d'origine appendiculaire.

« Etant donnée l'aggravation progressive de l'état de la malade, une intervention s'imposait. Elle fut commencée à 10 heures du soir. Je pratiquai une incision longue de 20 centimètres au niveau de la fosse iliaque droite. Il n'y avait pas de pus dans le péritoine. L'appendice fut trouvé sain. Le cœcum était extrêmement distendu. Il s'agissait bien d'une occlusion intestinale. Pour trouver la cause de l'occlusion, j'introduisis profondément la main dans l'abdomen afin de découvrir le siège et la nature de l'obstacle. Pour cela, j'allai d'abord à la recherche du rectum qui était aplati et vide; remontant le long de celui-ci, je constatai qu'il existait une coudure nette qui me parut siéger à l'union du côlon iliaque et du côlon pelvien, et qui semblait se

faire sur une bride très tendue, placée sur le flanc gauche de l'utérus gravide.

« Je ne pensai pas devoir prolonger davantage cette exploration, et je terminai l'opération en pratiquant un anus cœcal.

« Les suites opératoires ne furent pas d'abord très satisfaisantes, car l'intestin restait paralysé et l'anus artificiel ne fonctionnait pas. Puis, sous l'influence d'une application thermo-électrique, une débâcle se produisit par l'anus cœcal du deuxième au troisième jour, et tous les phénomènes d'occlusion disparurent rapidement.

« Le point intéressant de l'intervention c'est que j'ai pu préciser que l'obstacle siégeait à l'union du côlon pelvien et du côlon iliaque. Bien que ces explorations d'un abdomen distendu ne fournissent pas toujours des sensations très nettes, on pouvait cependant assez facilement se rendre compte qu'alors que le rectum et la partie attenante du côlon pelvien étaient vides, le côlon iliaque était au contraire dilaté. **A ce niveau existait une bride, qui paraissait exercer une traction sur l'intestin et sur laquelle celui-ci semblait se couder.** Bien entendu au cours de l'intervention, **je n'ai pas pu préciser le siège et les insertions de cette bride.**

« Mais, ayant eu l'occasion d'examiner peu après plusieurs sujets pour me faire une opinion sur cette disposition, je suis arrivé à la conclusion suivante : Il s'agissait **probablement** d'une formation normale : le ligament infundibulocôlique, qui rattache le feuillet inférieur du mamelon pelvien à la face postérieure du ligament large, au niveau de la pénétration du pédicule ovarien.

« Il me paraît vraisemblable que, sous l'influence de

l'ascension des annexes, déterminée par l'augmentation du volume de l'utérus, ce ligament se tend et constitue une arête, que doit forcément enjamber le côlon, non sans peine quelquefois, lorsqu'il y a fixation étendue du côlon iliaque au péritoine pariétal.

Jusqu'au 13 juin on pratique une injection bi-quotidienne de morphine, pour assurer le calme de l'utérus.

Suite de l'observation. — Le 13 juin, pour la première fois il y eut une **défection spontanée rectale**. Quelques instants après, des contractions utérines apparurent, et après un travail normal, Mme V..., expulsa un enfant vivant du poids de 2.230 grammes, maigre mais normalement constitué.

La délivrance fut spontanée, et l'expulsion du placenta fut suivie de l'issue d'un énorme caillot rétro-placentaire de date non récente de par la stratification fibrineuse qu'il présentait.

Les suites de couches furent physiologiques. L'enfant, allaité par sa mère, n'a cessé de se développer dans les meilleures conditions.

Quant à la mère, elle a été débarrassée deux mois après l'accouchement, de la petite fistule stercorale, reliquat de son anus coecal, et présente à l'heure actuelle toutes les apparences de la santé, malgré la persistance de l'albumine dans les urines, mais en quantité indosable.

La pression artérielle est de 18 au Pachon, mais on ne constate aucun symptôme d'un mal de Bright.

OBSERVATION XVI (résumée.)

Observation de Dibos présentée par M. Lepage (*Bulletin de la Société d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, avril 1913).

Mme X..., trente-deux ans, enceinte de six mois. Rien de particulier pendant la grossesse.

Dernière garde-robe le 26 décembre.

28 décembre. — Coliques et constipation. Les douleurs abdominales augmentent ainsi que le météorisme. L'arrêt des gaz et des matières persiste. L'état s'aggrave.

30 décembre. — Même état. Pas de vomissements alimentaires, sauf dans la soirée.

2 janvier. — Vomissements fécaloïdes. Envoi à l'hôpital.

Antécédents. — Un enfant bien portant. Pas d'albumine, pas de syphilis.

Etat. — Nez pincé. Dyspnée. Pouls petit, rapide. Ventre énorme, dur, douloureux. Ni ballonnement ni flot.

Matité du pubis à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et des deux côtés sur 8 à 10 centimètres. Le reste de l'abdomen est sonore.

Aucun bruit à l'auscultation. Le toucher montre un début de travail: col perméable, poche des eaux distendue.

On fait la dilatation digitale et on extrait deux fœtus bien conformés de 32 centimètres avec 14 litres de liquide amniotique. Quand le liquide s'écoulait des gaz s'échappaient par l'anus avec les matières fécales, et la guérison suivit l'accouchement.

OBSERVATION XVII (résumée.)

Porak (*Compte-rendus de la Société d'Obst. de Gynéc. et de Pédiatrie de Paris*, 10 mars 1902.

Femme de vingt-neuf ans. En 1895: accidents péritonéaux graves d'appendicite (?). Accouchement normal en 1896.

24 août 1899. — Terme de la deuxième grossesse.

Au début du travail: albuminurie intense. Céphalalgie violente, agitation, vomissements, rapportés à des prodromes d'éclampsie.

Vingt-quatre heures après le début des douleurs: accouche d'un garçon vivant de 3.600 grammes. Les vomissements persistent. A la partie supérieure de l'abdomen, à gauche de l'ombilic, on sent une tumeur du volume d'une tête de fœtus, douloureuse, molle et sonore.

26 août. — Abdomen ballonné surtout à gauche. Vomissements bilieux puis fécaloïdes. Etat grave avec facies péritonéal, pouls rapide, respiration précipitée. Pas de fièvre.

Laparotomie par M. Morestin montre: intestin grêle formant une masse distendue, vascularisée, tordue en un point où elle constitue un pédicule s'engageant à travers un orifice du mésentère. Epanchement séro-sanguinolent et quelques fausses membranes engluant les anses intestinales.

La levée de l'obstruction amena la guérison.

OBSERVATION XVIII (résumée.)

Porak (même source).

III-pare de trente-quatre ans. Il y a trois ans, elle eut une pleurésie droite. Rhume tous les hivers. Etat général médiocre. Fausse-couché de trois mois l'an dernier. Toux et oppression pendant la troisième grossesse avec tuberculose pulmonaire gauche au premier degré.

Travail quelques jours avant terme et accouchement d'une fille mort-née de 2.300 grammes le 30 avril à 12 h. 1/2.

Pendant l'accouchement : malaise, sueurs froides, bourdonnements d'oreille, vomissements porracés ; température 37 degrés, pouls 136 respiration rapide.

30 avril. — 14 heures : tendance syncopale ; endolorissement excessif de l'abdomen et météorisme inquiétant.

A 4 heures : laparotomie par M. Potocki ; le pouls devenu incomptable, on suspend le chloroforme.

Il y avait une invagination de 10 centimètres d'intestin grêle, sphacélé par places. Pas de péritonite tuberculeuse. Mort pendant qu'on déroulait l'intestin.

OBSERVATION XIX (résumée.)

M. E. Meriel (*Annales de Gynéc. et d'Obst. de Paris* 1612, page 24).

I-pare, trente ans, envoyée à l'Hôtel-Dieu le 15 avril à 11 h. 1/2 pour hernie ombilicale étranglée.

Vomissements depuis deux jours. Ni gaz ni matières. Température 36°2. Pas de règles depuis deux mois.

Examen. — Ventre saillant, météorisé, surtout sous l'ombilic. Dans la fosse iliaque droite, derrière l'arcade de Fallope on sent une masse arrondie, ferme et peu mobilisable. Pas de hernie ombilicale. Diagnostic probable : obstruction ou volvulus siégeant sur la fin du grêle ou dans la région iléo-cœcale.

Opération immédiate. — La laparotomie sous-ombilicale montre :

L'utérus dépassant de quatre doigts la symphyse et couché à droite. Cœcum aplati, rubané et couché dans la profondeur. Anses grêles distendues et épaissies par de l'œdème. Pas d'ascite. Pas de tumeur péri-utérine. Pas de bride pathologique ni d'étranglement.

On fait la détorsion de gauche à droite de la masse grêle, précédée de suture triple d'une brèche de 3 centimètres qui existait à la face postérieure d'une anse grêle inférieure.

Cause. — On ne voit qu'un long méso du grêle ayant permis la torsion. Et pour expliquer la torsion : une adhérence forte et charnue, non inflammatoire et très brève qui attirait l'ovaire et la trompe droites près de la face inférieure du cœcum, d'où une latéro-version droite compressive (?).

Le soir : la température monte à 37°2, pouls à 95 ; miction normale ; quelques gaz par la sonde rectale.

16 avril. — Température 37°5, pouls 108, vomissements marc de café. On fait un lavage d'estomac car on croit à une dilatation gastro-duodénale.

17 avril. — Pas de vomissement. Une selle.

18 avril. — Température 38°4. Pouls 120, 124. Crachats sanguinolents dus à des efforts de nausées. Douleurs dans la région sous-claviculaire gauche avec quelques râles.

19 avril. — Nausées avec quelques crachats sanguinolents plus fréquents. Une selle copieuse et gaz. Ventre ballonné au creux épigastrique. Le soir température 39 degrés, pouls 120, 128. Dyspnée; vomissements bilieux.

20 et 21 avril. — Température 39°4; pouls 130. Oppression; tympanisme; vomissements porracés; facies grippé de péritonite.

22 avril. — Hémorragie utérine à 5 heures. On extrait un fœtus mort de deux mois. Mort à 5 heures du soir.

Autopsie. — 24 avril. — Péritonite diffuse. Les fils de suture de l'anse grêle avaient lâché.

OBSERVATION XX (résumée.)

Lepage-Pinard (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynéc. de Paris*, 1913, page 142).

Mme X..., vingt ans. Petits antécédents gastro-intestinaux et leucorrhée.

Dernières règles du 25 août au 1^{er} septembre 1906. Ecoulement sanguin le 25 septembre.

15 janvier. — Bronchite grippale bilatérale. Utérus presque à l'ombilic. Un peu de tension et de ballonnement épigastrique.

17 janvier. — Grippe plus accusée; température 39 degrés.

20 janvier. — Grippe. Ballonnement augmenté et surtout à droite. Absence de garde-robes. Température 37 et 38 degrés. Pouls 90. Douleur plus accusée dans la fosse iliaque droite, vers l'appendice.

25 janvier. — Minime garde-robe.

26 janvier. — Les phénomènes d'occlusion ont augmenté. Défense musculaire manifeste. Pouls 105 à 110.

Diagnostic. — Appendicite.

Traitement. — Appendicectomie et drainage.

Le ventre reste ballonné. Ni gaz ni matières. Puis vomissements dont l'un est noirâtre et fétide. Etat général mauvais. Pouls à 120, 130.

5 février. — Etat général très mauvais.

Traitement. — Anus cœcal par M. Quénu sous l'éther.

6 février. — Débâcle par l'anus iliaque ; puis coliques utérines.

10 février. — Expulsion d'un fœtus mort de quatre mois et demi. Extraction artificielle du placenta quelques heures après.

11 février. — Garde-robes faciles par voies naturelles. Convalescence sans incident.

Quelques mois après : opération de la fistule cœcale. Guérison.

OBSERVATION XXI

M. Paul Mathieu (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, séance du 10 décembre 1919, page 1545).

Mme L..., âgée de trente-cinq ans, enceinte de huit mois, est serrée le 19 juin 1919 entre un tramway et un camion. Le choc porta sur la région abdominale. La malade ne perdit pas connaissance, mais néanmoins se fit reconduire chez elle en voiture, ne se sentant pas à l'aise. Le lendemain à midi, elle eut une hémorragie interne, et depuis a continué

à perdre. Son ventre s'est ballonné. Son médecin demande en consultation le dimanche suivant un accoucheur des hôpitaux qui diagnostiqua la mort du fœtus, un placenta prævia. Dès ce moment les anses intestinales étaient distendues, la malade ne rendait ni matières ni gaz. Elle avait quelques vomissements.

Le diagnostic d'occlusion fut porté.

C'est dans ces conditions qu'elle arriva à l'hôpital Tenon, dans la soirée du lundi 23 juin, où je fus appelé par l'interne de garde.

La malade se présentait avec un état général encore satisfaisant. Langue humide. Température à 37°5. Pouls un peu rapide, 110 ; des signes d'occlusion intestinale nets depuis quarante-huit heures.

Le ventre était très volumineux, et à l'inspection l'on y distinguait nettement deux voussures distinctes, l'une sous-ombilicale formée par l'utérus gravide ; l'autre sus-ombilicale, descendant dans les flancs, due à la distension considérable des anses intestinales qui se devinaient sans péristaltisme sous la paroi.

La palpation vérifiait bien cette description, le toucher vaginal combiné au palper hypogastrique montrait que la dilatation du col était peu avancée, deux francs, comme disent les accoucheurs. Le diagnostic de placenta prævia était évident.

Le palper hypogastrique montrait la masse utérine présentant à droite, dans la fosse iliaque une partie dure, très superficielle qui paraissait être la tête fœtale. Aucun mouvement du fœtus n'était perçu, aucun bruit fœtal à l'auscultation.

Toutes ces notions étaient intéressantes au point de vue obstétrical. J'avais fait appeler l'interne d'accouchements et la sage femme du service obstétrical voisin pour m'aider dans la confirmation de ces points particuliers. Le fœtus était mort. Le travail n'était pas commencé, et il y avait un placenta prævia.

Le diagnostic de rupture utérine ne me paraissait pas pouvoir être discuté malgré la superficialité apparente des parties fœtales, à cause de l'état général de la malade qui n'était pas anémiée, à cause de la fixité des parties fœtales.

Restait la question de l'occlusion intestinale pour laquelle j'étais appelé. Voici la conduite que je me résolus à tenir. J'admis qu'il s'agissait vraisemblablement d'un ileus paralytique ayant pour point de départ un mécanisme nerveux difficile à préciser, ayant pour primum movens les accidents en cours au niveau de l'utérus gravide. Je pensais qu'il suffirait d'évacuer l'utérus pour faire cesser l'ileus. Je résolus dans ce but de vider l'utérus par une césarienne, me réservant de pratiquer s'il y avait lieu, une fistulisation du cœcum pour assurer l'issue des gaz intestinaux. J'ai suivi ce plan. Je fis la césarienne très rapidement et simplement ; l'utérus incisé sur la ligne médiane, je tombai sur les membranes externes de l'œuf intactes, et j'eus le bonheur d'enlever cet œuf en une fois sans ouvrir la poche des eaux. L'utérus se rétracte. Je fermai son incision par deux lignes de points séparés, 1^o points séparés musculo-muqueux ; 2^o points séparés séro-musculeux. Puis je constatai par l'exploration des anses intestinales dilatées que la distension s'étendait sur toute la longueur du gros intestin et même du rectum sur le grêle, sans qu'il existât d'obstacle méca-

nique. Je fermai la paroi abdominale à trois plans, avec crins sur la peau avec quelques agrafes pour améliorer l'affrontement. La cœco-fistule ne fut pas immédiatement pratiquée, car je pensais qu'elle serait peut-être inutile. Néanmoins, ayant constaté au cours des explorations que le cœcum était dilaté, je conseillai à M. Portes, interne du service de M. Proust, de ne pas hésiter à pratiquer cette fistulisation le lendemain si le météorisme ne disparaissait pas. Le lendemain les signes d'occlusion ayant persisté, d'accord avec M. Proust, chef du service, M. Portes pratiquait une fistulisation du cœcum suivant le procédé de M. le professeur Quénu. Rapidement le ventre s'affaissa, le météorisme disparut, puis dans les jours suivants le cours des matières et des gaz redevint normal. Les selles apparurent, la fistule cœcale se ferma d'elle-même. La malade est actuellement complètement guérie.

Je résume ainsi les suites opératoires : ponction cœcale le deuxième jour. Mise en place d'une sonde rectale. Sérum. Huile camphrée. Lavements huileux à partir du septième jour.

Ablation des fils et des agrafes le dixième jour.

Le trocart cœcal ne fut enlevé que le douzième jour après l'apparition d'une selle franche.

La malade quitte l'hôpital le 25 juillet entièrement guérie. Elle a été revue le 19 novembre en très bon état. Mais elle se plaint toujours de constipation.

OBSERVATION XXII (résumée.)

Lejars (*Annales de Gyn. et Obst.* Paris, 1913, page 379).

Ileus gravidique chez une femme de trente ans, enceinte de cinq mois et demi, envoyée pour occlusion progressive datant de huit jours.

Météorisme très développé. Quelques gaz. On perd quarante-huit heures à attendre.

Laparotomie médiane montre cœcum et partie supérieure de l'S iliaque distendus.

Sur ce segment, à la partie médiane, l'utérus fait barrage : il est rétroversé et son fond est fixé au promontoire et à la paroi postérieure gauche du bassin. Les adhérences qui le fixaient émanaient d'un fibrome gros comme une châtaigne, en relief à la face postérieure du fond utérin.

On énuclée le fibrome et on fait une courte entérostomie de l'S iliaque.

Mort par intoxication le troisième jour, malgré des selles et l'expulsion d'un fœtus mort.

OBSERVATION XXIII (résumée.)

M. A. Flower (*New-York medical journal*, 1912, page 1172).

Primipare de trente-huit ans, enceinte de sept mois et demi.

Entre pour crampes persistantes et douleurs vers l'épigastre. Appendicectomie il y a quatre ans.

Examen. — Fond utérin à 3 pouces au-dessus de l'ombilic.

Elargissement globuleux et symétrique de l'abdomen. Paroi abdominale tendue. Bruits du cœur parfaitement entendus : 135. Ni varices ni œdème.

Col dilaté à un pouce : O.I.G.A. Ballottement vaginal obtenu. Il y a une douleur extrême à la palpation de la région appendiculaire.

Depuis son entrée, elle a des vomissements incessants d'abord teintés de bile, sans odeur fécale.

Renseignements donnés par la famille : est tombée subitement malade il y a quatre jours, et a depuis une constipation opiniâtre.

On donne de l'opium. Ensuite un lavement composé de sulfate de magnésie, d'huile de croton, et d'eau de savon sans résultats. On renouvelle le lavement deux heures après avec bon résultat.

Cependant la douleur persiste constamment, et ne fait plus croire à un début de travail.

On pense à une constriction au niveau de l'iléon, et on pense à vider l'utérus. Mais la malade est in extremis et meurt douze heures après son entrée.

Autopsie. — Vieille bride encerclant le grêle à environ 12 pouces de l'iléon. Au-dessous de cette bride 14 pouces de l'intestin de coloration sombre avaient passé et étaient à leur tour comprimés par l'utérus gravide.

Mort par intoxication.

OBSERVATION XXIV

M. Sauvage (*Annales de Gyn. et Obstétr.* 1913, page 380)

Observation d'une femme chez laquelle la section césarienne, complétée par l'amputation de l'utérus et des ovaires à la Porro, a été suivie d'accidents très graves traités avec succès par l'entérostomie.

1^{er} août. — Température 37°2, 38°9. Pouls 130. Fortes douleurs lombaires ; 750 grammes d'urine dans les quarante-huit heures ; 1.000 grammes de sérum sous-cutané ; injection d'huile camphrée toutes les deux heures.

2 août. — Température 37°8, 38°. Pouls 128, 132, faible arythmique. Respiration 20. Traits tirés ; langue saburrale, douleurs abdominales généralisées qui arrachent des plaintes et empêchent le sommeil. Ventre ballonné et légèrement douloureux, surtout dans la région hypogastrique. Vomissements abondants et muqueux à trois reprises. Depuis l'intervention, il n'y a eu émission que de quelques gaz. Urine 200 gr. Lavage d'estomac qui ne ramène rien. 30 gr. d'huile de ricin sans effet. Lavage d'intestin, l'eau revient à peine salie. Vessie de glace sur la région précordiale ; 500 grammes de sérum ; caféine ; huile camphrée.

3 août. — Température 37°9, 38°. Pouls 144, 150. R. 26. Ventre très fortement ballonné, tendu, un peu plus sensible que la veille. Vomissements de petite quantité de liquide clair et filant. Aucune émission intestinale. 850 grammes de sérum ; spartéine ; huile camphrée. Urine 100 grammes.

Le soir, la malade n'a plus qu'une demi-conscience ; quelques hoquets ; pouls incomptable par moments.

4 août. — A 2 heures du matin, sur nos instances, notre collègue et ami Robineau pratique l'entérostomie ; établissement d'une fistule cœcale ; l'ouverture de l'intestin ne donne issue qu'à une quantité modérée de gaz et de matières liquides.

Suites de l'entérostomie : amélioration marquée de la malade au bout de huit heures. Evacuation progressive, mais modérée du contenu intestinal en partie et déjà au bout des vingt-quatre premières heures par les voies naturelles. Rétablissement de la fonction urinaire ; 1.100 grammes d'urine le 6 août, 1.600 grammes le 7 août. Température élevée à 39° et 39°5 le 13 et le 22 août, par suite de l'accumulation de matières fécales dures dans le rectum. Premier lever le 27 août. Cure de la fistule cœcale d'ailleurs rétrécie spontanément et ne fonctionnant plus que par intermittences le 6 décembre.

Actuellement, malade en parfait état de santé et à fonctions digestives normales.

OBSERVATION XXV

M. Lepage (*Annales Gyn. et Obst.*, 1913, page 383).

*Entérostomie pour paralysie intestinale chez une femme
ayant subi l'opération césarienne.*

Primipare de petite taille ; rupture prématurée des membranes ; souffrance du fœtus au début du travail. Opération césarienne conservatrice.

Après l'opération : paralysie intestinale ; état général grave ; hypothermie ; pouls à 130, 140.

Le cinquième jour : anus iliaque droit. Une anse grêle est attirée dans la plaie. Il s'écoule, à l'incision du péritoine, un liquide légèrement teinté et quelques flocons fibrineux ; l'anse intestinale a une coloration un peu foncée, sans la rougeur caractéristique de la péritonite, elle n'est pas très distendue.

Après incision de la paroi intestinale, des gaz s'échappent en quantité modérée : l'introduction amène l'issue d'une assez grande quantité de liquide de coloration Porto, assez fétide.

Mort à la fin de la journée.

OBSERVATION XXVI

MM. Lequeux et Dupont (*Annales Gyn et Obst.* 1913. p. 384).

Entérostomie pour paralysie intestinale au cours d'une péritonite post abortum.

Rétention placentaire. Péritonite. Après curettage, colpotomie et laparatomie. Drainage abdominal et vaginal. Le lendemain en raison de la paralysie intestinale : entérostomie. Guérison.

OBSERVATION XXVII

M. Planchu (*Annales Société Obst. et Gyn.* Bordeaux, 1916. p. 374).

Syndrome d'occlusion intestinale provoqué par l'utérus gravide à la fin du 8^e mois.

Syndrome d'occlusion intestinale provoqué par l'utérus gravide à la fin du huitième mois.

Primipare de trente-six ans, sans antécédents pathologiques, et chez qui les accidents ont commencé au huitième mois, le 13 avril, par un léger ballonnement et l'impossibilité d'aller à la selle.

14 avril. — Météorisme très accusé, absence totale de selles et de gaz depuis vingt-quatre heures ; la malade est prise de nausées avec vomissements toutes les deux ou trois heures ; lavements et purgations restent sans effet.

15 avril. — Météorisme énorme, vomissements fréquents, des contractions péristaltiques apparaissent.

16 avril. — Le diagnostic d'occlusion intestinale est posé avec certitude ; tout le flanc droit occupé par l'utérus est mat, le flanc gauche sonore et tympanique jusqu'à la fosse iliaque ; le côlon descendant et l'S iliaque sont distendus à gauche ; l'obstacle siège donc bas sur l'S iliaque ou le rectum. Le fœtus est vivant. Au toucher la tête fœtale est engagée et pèse sur le périnée au point que l'index est passé entre ce dernier et la tête et n'arrive pas à atteindre le col en arrière. La tête est fortement tassée dans une attitude d'hyperengagement.

L'état général restant bon, on décide de retarder de vingt-quatre heures l'intervention chirurgicale et d'utiliser ces vingt-quatre heures pour évacuer l'utérus : le ballon de Champetier est appliqué le 17 à 10 heures et expulsé à 5 heures, et à 9 heures l'accouchement se termine spontanément. Aussitôt après la sortie de l'enfant une véritable débâcle gazeuse se produit, et en quelques minutes, après quelques évacuations sonores et abondantes le météorisme s'atténue, la malade se sent soulagée ; le lendemain matin tout est rentré dans l'ordre, l'abdomen est souple et une purgation complète l'évacuation de l'intestin.

CONCLUSIONS

1° L'occlusion intestinale complique rarement l'état puerpéral. Il convient de distinguer les occlusions intestinales coïncidant avec la puerpéralité et les occlusions qui paraissent être sous sa dépendance directe.

2° Le pronostic des occlusions est plus grave au cours de la gestation et de l'état puerpéral. Aussi importe-t-il de prendre une décision chirurgicale aussi rapide que possible.

3° Dans les occlusions sans cause indépendante de la gravidité, on ne trouve aucun obstacle pathologique au cours des interventions ou des autopsies. Peut-être faut-il invoquer le rôle du ligament infundibulo-côlique gauche, tendu comme une corde rigide, et sur lequel vient se couder l'anse mésocôlique courte et fixée par un méso peu mobile.

4° Au cours de l'accouchement, nous avons souligné l'importance d'une forme traîtresse, coïncidant avec le début du travail, s'accompagnant de sédation après l'évacuation utérine, mais évoluant ensuite une gravité toute spéciale pour laquelle la

décision chirurgicale doit intervenir sans perdre de temps.

5° Pendant le puerpérium l'occlusion reconnaît des causes complexes ; d'ordre obstétrical, chirurgical, toxique après anesthésie, ces dernières réalisant des gastropylésies désignées communément sous le nom de dilatation aiguë de l'estomac. Ces cas sont justiciables de tentatives telles que : position ventrale, exploration vaginale ou rectale qui par refoulement de l'utérus peuvent déterminer une débâcle intestinale ; et c'est après l'échec de cette thérapeutique simple qu'il conviendra de recourir au traitement chirurgical.

6° Hormis ces derniers cas, le traitement de choix dans l'occlusion est la coeliotomie suivie d'entérostomie. On ne s'attardera pas à rechercher et à tenter de supprimer l'obstacle, manœuvre souvent difficile du fait de la présence de l'utérus gravide, et d'ailleurs souvent vaine puisque dans certains cas il a fallu pratiquer secondairement une entérostomie complémentaire.

Vu : le président de la thèse,
COUVELAIRE

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Audebert et Fournier.* — Société d'Obst., de Gyn. et de Pédiatrie de Paris, avril 1907.
- Société d'Obst. de Toulouse, 2 mars 1910.
- Audebert.* — La dilatation aiguë de l'estomac chez les accouchées (nouvelles observations) (Compte rendu de la Société d'Obst. de Gyn. et de Pédiatrie de Paris, etc., etc., 1911, p. 446-459).
- Opération césarienne compliquée de dilat. subaiguë de l'estomac (Bulletin de la Société d'Obst. et de Gyn. de Paris, etc., 1912, p. 583-589).
- De Bovis.* — Autour de l'occlusion intestinale d'origine gravidique et son mécanisme (Semaine médicale. Paris, 1913, p. 205).
- Bolo.* — Invaginatio intestes post parto (La Semana medica. Buesnos-Ayres, 1918, p. 407).
- Braun.* — Two cases of pregnancy and ileum cured by operation (Sebeszet, Budapest, 1910, p. 17).
- Bovin.* — Mechanical ileus in pregnancy especially in the puerperium with report of a case of volvulus of the cœcum in the puerperium (Swenskaläk-Sällsk handl Stockl., 1917, p. 579).
- Boquel.* — Société d'Obst. de Paris, mars 1911 et Archives médicales d'Angers, 20 avril 1911.
- Couvelaire.* — Introduction à la chirurgie utérine obstétricale.
- De Lee.* — Principles and Treatise of Obstetric, 1915, p. 507.

- Donaldson.* — Gestation compliquée par un volvulus de l'anse sigmoïde provoquant de l'occlusion intestinale (Brit. med. Journal. Londres, 13 décembre 1919, p. 774).
- Flower.* — Pregnancy complicated by acute appendicite and intestinal obstruction (Guy's hosp. Gazette. Londres, 1916, p. 412).
- Intestinal obstruction and volvulus complicating : a plea for radical procedure, report of a case and its significance (New-York med. Journ., 1912, p. 1172).
- Gilles.* — Société d'Obst. de Toulouse, déc. 1911.
- Füth.* — Obstruction intestinale pendant la gestation (Zent für Gynäk. Leipzig, 10 mai 1919, p. 353).
- Hausen (T.).* — Iléus au cours de la grossesse (Togeskr. f. Laeger. Copen., 1919, t. LXXXI, p. 356).
- Gutta (Max Ernest).* — Lavage transduodéal dans le traitement de l'iléus post-opératoire et d'autres complications chirurgicales et obstétricales (Journ. of the Amer. Med. Assoc. Chicago, 29 mai 1919, p. 329).
- Gauchery.* — Thèse de la Faculté de Méd. de Paris, 1902-1903, n° 117.
- Kerr.* — Intestinal obstruction complicating pregnancy. Operation at seventh month without disturbing the pregnancy (N. Glasgow. obst. and. Gyn. Soc. Glasgow, 1913).
- Lemercier (A.).* — Occlusion intestinale et puerpéralité. Th. de la Faculté de Méd. de Paris, 1907-1908, n° 227.
- Leonard.* — Intestinal obstruction caused by pregnancy (Virginia M. Sem mouth Richmond, 1917, p. 30).
- Glinn (M.).* — Intestinal obstruction complicating advanced pregnancy (Amer. Journ. of Obstetric. New-York, 1917, p. 871).
- Lepage-Pinard.* — Discussion sur la question de l'obstruction intestinale au cours de la gestation (Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 1913, p. 142).
- Lévy-Klotz, Cunéo et Pinard.* — Un cas d'occlusion intesti-

- nale pendant la gestation (7^e mois environ). Laparotomie, anus cœcal, continuation de la gestation (Bulletin Société Obst. et Gyn. Paris, 1913, p. 148).
- Lee.* — Gunshot wound of abdomen involving the stomach and jejunum complicated with pregnancy (Ann. surg. Phila, 1908, p. 857).
- Lepage.* — Entérostomie chez une femme enceinte de quatre mois atteinte de paralysie intestinale par péritonite (Ann. Gyn. et Obst., juin 1913, p. 377).
- Lejars.* — Occlusion intestinale au cours de la puerpéralité (Ann. Gyn. et Obst., juin 1913).
- Lequeux et Dupont.* — Entérostomie pour paralysie intestinale au cours d'une péritonite post-abortum (Ann. Gyn. et Obst., juin 1913).
- Lévy-Solal.* — Occlusion intestinale de la puerpéralité (Article à paraître dans Gynécologie obstétrique, 1921).
- Traitement chirurgical de l'hémorragie rétro-placentaire. Thèse Paris, 1911, p. 23.
- Conférence clinique du dimanche, 29 juin 1921 à la Clinique Baudelocque.
- Moricheau-Beauchant.* — Archives médico-chirurgicales du Poitou, août et sept. 1907
- Le Lorier.* — Société d'Obst., de Gynéc. et de Pédiatrie de Paris, 11 nov. 1907.
- Mazzini.* — Occlusion intestinale post parto (Semana med. Buenos-Ayres, 1916, p. 491).
- Mériel.* — Occlusion intestinale par volvulus du grêle au cours d'une grossesse de trois mois (Ann. de Gyn. et Obst. Paris, 1912, p. 24).
- Mauclore et Tissot.* — Accidents péritonéaux et pseudo-occlusion intestinale au cours de la grossesse (Ann. Gyn. et Obst., juin 1913).
- Mathieu.* — Bulletin Société de Chirurgie, 1919.
- Pinkham.* — Intestinal obstruction complicating pregnancy (Americ. Journ. Obstetric. N.-Y., 1915, p. 963).
- Pérez Ramos.* — La dilatación aguda gastroduodenal del post-parto (Rev. Ass. méd. Argent. Buenos-Ayres, 1915, p. 736).

- Porak.* — Occlusion intestinale apparue au début du travail (Comptes rendus de la Société d'Obst., de Gyn. et de Péd. de Paris, t IV, 1902, 3^e fascicule, mars).
- Planchu.* — Syndrome d'occlusion intestinale provoqué par l'utérus gravide à la fin du huitième mois (Ann. Gyn. et Obst., novembre 1916).
- Rice (N. J.).* — Acute dilatation of the stomach after confinement (South Calif. Pract. Los Angelus, 1915, XXX, 281-284).
- Roberts (E. A.) et Wallis (F. C.).* — Acute jejunal obstruction in case of advanced pregnancy; operation; recovery (Brit. Med. Journ., 24 juin 1911).
- Sunde.* — A case of a puerperal ileus with anormal arrangement of the small intestines (Souk. Mag. f. lanordensk. Kristiania, 1918, p. 303).
- Sauvage.* — Entérostomie dans le traitement des accidents graves consécutifs à la section césarienne (Ann. Gyn. et Obst., juin 1913).
- Tate.* — Pregnancy at seventh month complicated by obstruction of bowels (Ohio. M. J. Columbia, 1912, p. 136).
- Thompson (N. P.).* — Acute dilatation of the stomach complicating pregnancy (New-York, N. J. esc., 1914, XCLX, p. 934).
- Tuxen (P. V.).* — Keus chez la femme gravide et chez la parturiente (Hospiteltidende. Copenhagen, 30 juillet 1919, p. 321).
- Zelnik.* — Ileus par étranglement après une péritonite post-partum (Geb. Gyn. Gesell de Vienne, 11 mars 1919. C. R. in Zen für Gyn., 1919, p. 387).

